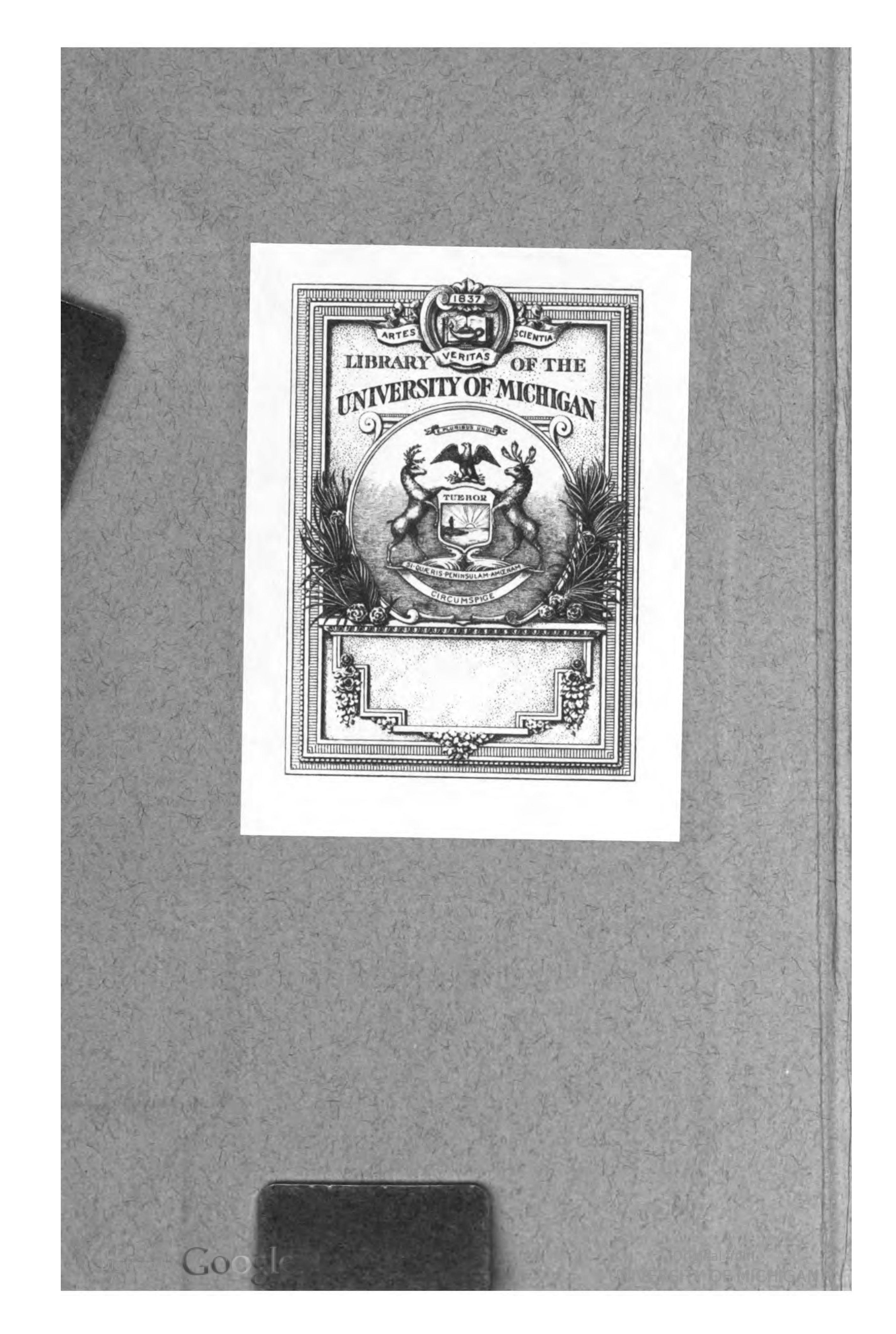

A 3 9015 00382 735 2
University of Michigan – BUHR

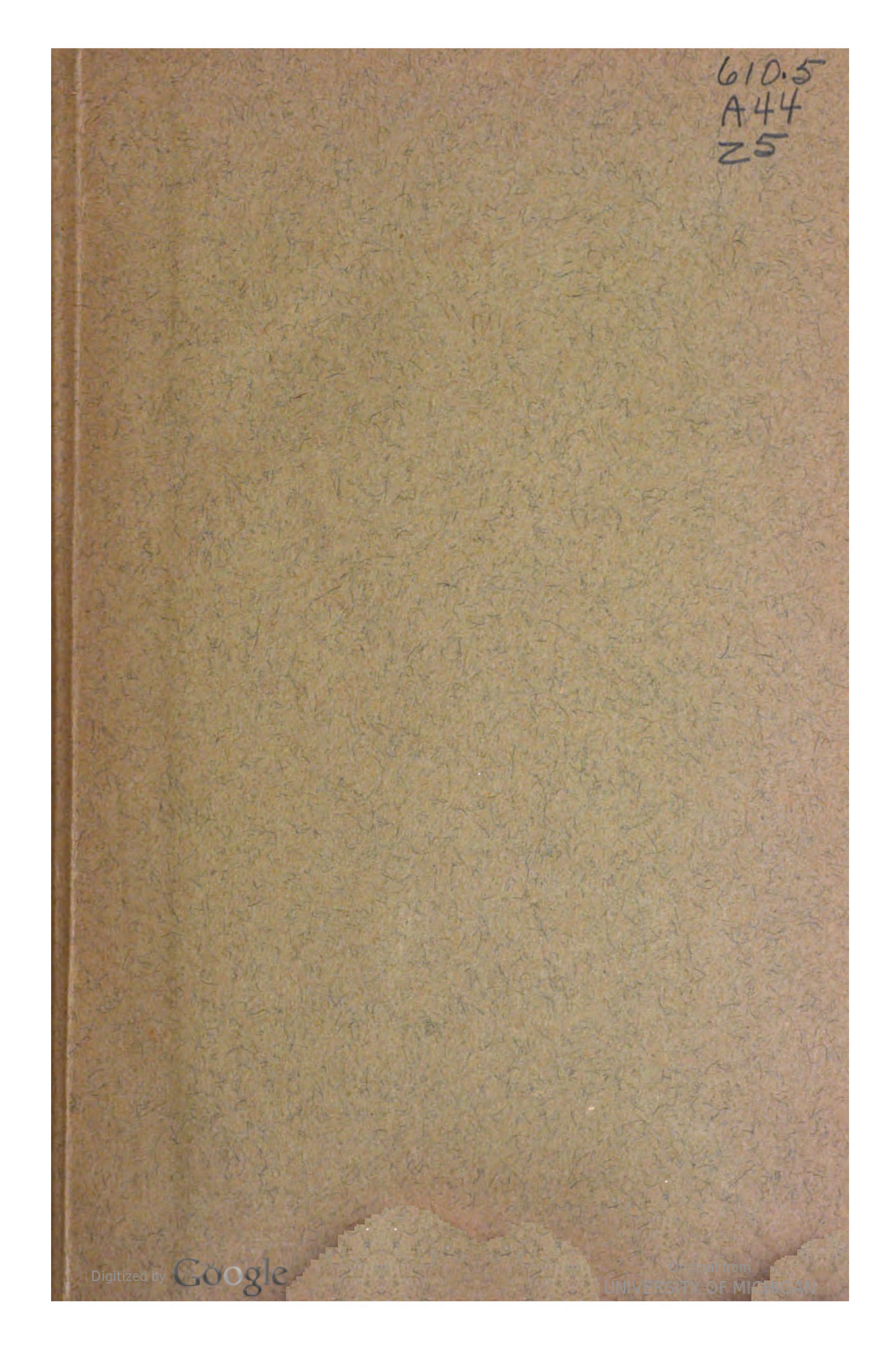
PAGE NOT AVAILABLE



PAGE NOT AVAILABLE


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BLEULER ZÜRICH — BONHOEFFER BERLIN — FISCHER WIESLOCH — KLEIST FRANKFURT A. M. — MERCKLIN TREPTOW A. R.

PERRETTI GRAFENBERG — STRANSKY WIEN

DURCH

HANS LAEHR

WERNIGERODE-NÖSCHENRODE A. H., MÜHLENTAL 3

NEUNUNDSIEBZIGSTER BAND

NEBST EINEM BERICHT
ÜBER DIE PSYCHIATRISCHE LITERATUR IM JAHRE 1921

REDIGIERT VON
O. SNELL
LÜNEBURG



BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER - VEIT & COMP.

1923



Inhalt.

Erstes und Zweites Heft.

Originalien.

Kleinere Mitteilungen.

Drittes und Viertes Heft.

Originalien.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.



Kleinere Mitteilungen.



Fünftes und Sechstes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.



Kleinere Mitteilungen.



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BLEULER ZÜRICH **BONHOEFFER** BERLIN **FISCHER** WIESLOCH **KLEIST** FRANKFURT A. M. **MERCKLIN** TREPTOW A. R.

PERETTI GRAFENBERG **STRANSKY** WIEN

DURCH

HANS LAEHR

WERNIGERODE-NÖSCHENRODE A. H., MÜHLENTAL 3

NEUNUNDSIEBZIGSTER BAND

ERSTES UND ZWEITES HEFT

AUSGEGEBEN AM 30. DEZEMBER 1922

FESTSCHRIFT ALBRECHT PAETZ

BERLIN UND LEIPZIG

VEREINIGUNG WISSENSCHAFTLICHER VERLEGER

WALTER DE GRUYTER & Co.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.

1922



Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

1./2. Heft.

Originalien.

Kleinere Mitteilungen.

Die Drucklegung des Literaturberichts zum 78. Band (Psychiatrische Literatur im Jahre 1920) hat sich verzögert. Das Heft wird Ende Dezember 1922 ausgegeben und den Beziehern des 78. Bandes kostenlos nachgeliefert.



Albrecht Paetz

Herrn

Geh. Sanitätsrat Dr. Albrecht Paetz

Direktor der Landesheil- und Pflegeanstalt

Rittergut Alt-Scherbitz

zur Feier

seines 70. Geburtstages

gewidmet

von seinen Schülern



Alt-Scherbitz.

Von

Sanitätsrat Dr. **Herting**-Galkhausen.

Meine psychiatrische Tätigkeit habe ich als Volontärarzt an der Provinzialanstalt Schleswig begonnen. Mein Chef, Direktor *Hansen*, stand mit Direktor *Paetz*-Alt-Scherbitz in freundschaftlichen, auf gegenseitiger kollegialer Hochschätzung und Anerkennung fußenden Beziehungen. Ich verdankte es daher seiner warmen Fürsprache, daß mir im Herbst 1889 die in Alt-Scherbitz freigewordene Volontärarztstelle übertragen wurde. Am 18. Nov. traf ich in Alt-Scherbitz ein, und am 22. Nov. schrieb ich in mein Tagebuch: „Keine Planken, keine Palisaden, keine Gitter, keine Handschuhe; Wachsäle mit wirklicher Dauerwache; ganz offene Villen, überall Parkettboden, Blumen, Spiegel, weiße Tischtücher, Licht, Luft".

Das war der erste Eindruck, den ich von Alt-Scherbitz bekam, und der im Telegrammstil einen Teil, und zwar den offenkundigsten und auch für den Laien handgreiflichsten dessen wiedergibt, was Alt-Scherbitz für die Irrenpflege gewesen und geworden ist. Es ist die restlose Durchführung des no-restreint-Systems, des open-door-Systems und endlich des freundlicheren Milieus — wobei ich mich bei letzterem des Ausdrucks bediene, den einer meiner ersten Assistenten in Galkhausen gewählt hatte, als er auf Grund seiner zweijährigen Erfahrung in Galkhausen sich dazu bekannte, daß das Milieu einen außerordentlich wichtigen Heilfaktor bei der Behandlung der Psychosen darstelle (*Lückerath*).

Die Anstalt Schleswig war 1820 begründet und im Laufe der Jahre wesentlich erweitert und verbessert. Ich selbst bin in der Stadt Schleswig aufgewachsen und hatte mancherlei Beziehungen zur Anstalt. Trotzdem erinnere ich mich nie, ungünstige Urteile oder Klagen über die Anstalt und das Anstaltsleben gehört zu haben oder Wünsche nach Änderung und Verbesserung. So nahm ich auch als junger Arzt das in der Anstalt als gegeben hin, was ich täglich sah, und was durch Gewohnheit



gewissermaßen geheiligt und durch Gebrauch berechtigt war. Jeder Bürger der Stadt kannte die 14 Fuß hohen schwarzen Holzplanken, welche die Krankenhöfe umgaben, und durch deren Spalten wir als Kinder durchzublicken nicht unterließen, und jeder Bürger kannte die Zellenbauten und ihre schreienden Bewohner. — Und noch etwas. Der Wachraum der Männer war damals ein Zimmer mit 3 Betten, dessen vergittertes Fenster nach einem Hofe und dessen Palisadentür nach einem viel begangenen, wenig hellen Steinflur führte. Die Überwachung und Pflege aber bestand darin, daß tags und nachts halbstündlich ein Wärter nach den Kranken sah; den Schutz gegen Selbstmord bildete eine beide Handgelenke fest umschließende Muffe aus starkem Leder.

Direktor Hansen war wiederholt in Alt-Scherbitz gewesen, und was er mit offenen Augen gesehen und als nachahmungswert gefunden und erkannt hatte, darüber sprach er des öfteren in der ärztlichen Konferenz, ohne indessen bei seinen älteren Kollegen mehr als ein ungläubiges Kopfschütteln und zweifelndes Lächeln zu erzielen.

Mit diesen Vorkenntnissen in der praktischen Psychiatrie kam ich nach Alt-Scherbitz; ich sah neues und legte in meinen Tagebuchnotizen in kurzen Worten nieder, was mir auffiel, ohne seinen tieferen Wert sofort voll erkannt zu haben.

Zehn Jahre, von 1889—1899, bin ich in Alt-Scherbitz gewesen; ich glaube, es war die Zeit der Hochflut der Besucher, die Alt-Scherbitz kennenlernen wollten.

Auf der Hygiene-Ausstellung zu Berlin 1882 waren von Alt-Scherbitz ein Modell der Anstalt, Situationspläne, Grundrißskizzen und photographische Ansichten ausgestellt worden. Auf dem internationalen medizinischen Kongreß in Kopenhagen wie auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Magdeburg 1884 hatte *Paetz* „über den Wert agrikoler Irrenanstalten für die Behandlung der Geisteskranken, insbesondere über die Einrichtung der Anstalt Rittergut Alt-Scherbitz" gesprochen und 1885 auf der Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin „Über die Bedeutung der Arbeitskolonien für die Behandlung der Geisteskrankheiten". In der Jahressitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Berlin 1886 hatte er in der Diskussion zu Siemerlings Vortrag über das Opendoor-System in Schottland sich eingehend über seinen Grundsatz ausgesprochen: allen Kranken, welche die Freiheit irgend vertragen, dieselbe auch in dem weitest möglichen Maße zu gewähren, über den Grundsatz, der uns, seinen Schülern, in Fleisch und Blut übergegangen ist. Endlich hatte er auf der Versammlung der deutschen Naturforscher und Ärzte in Wiesbaden (1887) einen Vortrag über die Einrichtung von Überwachungsstationen gehalten, der ausführlich in der A. Z. f. Ps. 44 zum Abdruck kam.

Alt-Scherbitz, die Durchführung der größtmöglichen Freiheit, und sein Direktor *Paetz* waren überall bekannt, dieser auch außerhalb der weiß-schwarzen Grenzpfähle als psychiatrischer Sachverständiger zum Bau neuer und zum Umbau alter Anstalten zugezogen; ich nenne von auswärtigen Anstalten nur Twer in Südrußland, Görz bei Triest und Salzburg.



Es kam das Jahr 1891, das das preußische Gesetz über die sog. erweiterte Armenpflege brachte und den Provinzen eine erhebliche Erweiterung ihrer Aufgaben in der Fürsorge der Geisteskranken und die Notwendigkeit, eine erhebliche Anzahl neuer Anstaltsbauten zu schaffen. Die einfache Bauweise von Alt-Scherbitz im Landhausstil, die grundsätzliche Vermeidung von speziellen Irrenanstaltseinrichtungen und die dadurch erzielte Verminderung des Baukapitals reizte zur Nachahmung und führte zu ungezählten Besuchern von Alt-Scherbitz, von Fach- und Laienkommissionen, Anstaltsdirektoren, Ärzten, Verwaltungsbeamten, auch nach dem Mariaberger Prozeß von Leitern von Pflegeanstalten, nicht nur des In- sondern auch des Auslandes. Von außerdeutschen Ärzten ist besonders Dr. *Marie* zu nennen, der es im Jahre 1891 unternahm, als erster französischer Arzt seit 1871 eine deutsche Anstalt zu besuchen.

Es verging wohl keine Woche, in der nicht an einem oder mehreren Tagen Rundgänge mit Fremden durch die Anstalt erfolgten. Wenn es *Paetzs* Zeit nur irgend erlaubte, übernahm er selbst die Führung, die er mit einem eingehenden, lichtvollen Vortrag am Anstaltsmodell zu beginnen pflegte. Waren es größere Kommissionen, so stellte er es uns jüngeren Ärzten frei, uns am Rundgang zu beteiligen und bildete uns so vor, später allein Alt-Scherbitz zu zeigen und die Alt-Scherbitzer Grundsätze vor den Besuchern auszuführen und zu vertreten. Mit nie verlöschendem Dank erinnere ich mich an diese interessanten Rundgänge, die uns nicht nur bei den von den Besuchern gestellten Fragen Einblick in fremde Anstaltsverhältnisse und in oft grundverschiedene Ansichten gewährten, die *Paetz* mit nie ermüdendem Eifer und in ebenso konzilianter Form in seinem Sinne zu ändern und umzugestalten bestrebt war; es waren auch diese Besucher Veranlassung, uns mit den deutschen und außerdeutschen Kollegen in nähere und persönliche Beziehungen zu bringen. Diese Beziehungen und die durch *Paetz* gepflegte, fast sprichwörtlich gewordene Alt-Scherbitzer Gastfreundschaft haben mir bei meinen häufigen Besuchen anderer Anstalten in späteren Jahren die Türen geöffnet und sind mir in reichstem Maße überall erwidert worden. Jetzt, wo die mir unterstellte Anstalt Galkhausen zu zwei Dritteln von fremder Besatzung beschlagnahmt ist, haben Briefe, in welchen mir vor Jahr und Tag fremdländische Kommissionen nach ihrem Besuch in Alt-Scherbitz ihren Dank aussprachen und in ihren beigefügten gedruckten Reiseberichten die Aufnahme, die sie in Alt-Scherbitz erfahren hatten, rühmten und die Hoffnung aussprachen, sie in ihrem Lande einmal



erwidern zu können, erheblich dazu beigetragen, das Verhältnis der Besatzung zur Anstalt Galkhausen besser zu gestalten und erträglicher zu machen.

So wie vor 70 Jahren nach den Berichten zeitgenössischer Kollegen (österr. kaiserl. Zeitung 1844, Nr. 122) „die Anstalt Siegburg unter Leitung *Jacobis* sich zu einer solchen Vollkommenheit erhoben hatte, daß nicht Deutschland und kaum Europa eine vorzüglichere aufzuweisen hatte, und wie Siegburg die erste vollkommene Anstalt in Preußen und Deutschland und Musteranstalt für viele geworden war", so darf man von Alt-Scherbitz ohne Überhebung sagen, daß es wohl keinen Irrenarzt unserer Zeit gegeben hat, der nicht Alt-Scherbitz und seine Eigenart und *Paetz* und seine Lehre kannte, und keinen Anstaltsdirektor, der nicht persönlich Alt-Scherbitz aufgesucht und persönlich mit *Paetz* Fühlung und Rücksprache genommen hatte.

Wenn aber Siegburgs Stern mit *Jacobi* verlosch und schon zu seinen Lebzeiten im Kreise junger Irrenärzte unmutig das Wort hingeworfen wurde: „Die Heilanstalt Siegburg ist — unheilbar", so glauben wir Alt-Scherbitzer Schüler unserer Überzeugung dahin Ausdruck geben zu dürfen, daß *Paetz* in Alt-Scherbitz und in den Grundsätzen, die durch ihn in Alt-Scherbitz verkörpert wurden, dort und in der praktischen Psychiatrie ein Denkmal errichtete aere perennius!

Als er 1893 seine Monographie „Die Kolonisierung der Geisteskranken" erscheinen ließ, entsprach er nur den hundertfältig an ihn herangetretenen Wünschen von Behörden und Kollegen des In- und Auslandes, seine diesbezüglichen Erfahrungen zu veröffentlichen, und schuf damit ein Werk, das, fesselnd und flüssig geschrieben, sowohl das ganze Spezialgebiet der Kolonisierung erschöpfend umfaßt, wie ins einzelne gehend und plastisch sein Lebenswerk, die Anstalt Rittergut Alt-Scherbitz, schildert.

Seitdem ist er weniger mit Wort und Schrift an die Öffentlichkeit getreten; doch ungezählt sind die Gutachten, die er oft überaus umfangreich über Anstaltsbauten und Umbauten erstatten mußte; ungezählt und der Öffentlichkeit und selbst uns seinen Ärzten unbekannt geblieben sind meist auch die anerkennenden und ehrenvollen Dankschreiben, die ihm die Behörden und Landesverwaltungen übersandten, und die Auszeichnungen, die ihm die Landesfürsten verliehen.



Keiner seiner Oberärzte hat wohl länger als 10 Jahre unter ihm gearbeitet, und ohne Rücksicht auf sich und auf die Notwendigkeit, sich immer wieder aufs neue mit jüngeren Ärzten einzuarbeiten, ebnete *Paetz* uns die Wege zu unserm Fortkommen. Wollten wir ein Lebensbild von ihm entwerfen, so könnte jeder nur ein Bruchstück liefern, und um es zu vervollständigen, fehlt uns noch manches.

Jacobi beabsichtigte in seiner letzten 1851 erschienenen Arbeit als 75jähriger noch selbst „aus dem in seinem langen an Erfahrung reichen Leben im Dienste der ärztlichen Kunst und der wissenschaftlichen Forschung Gewonnenen die Hauptsumme zu ziehen". Da ist am Ende unsere Bitte an unsern Lehrmeister gelegentlich seines 70. Geburtstages berechtigt, uns zu helfen und uns auch über seine bis dahin der Öffentlichkeit vorenthaltene Arbeit zu unterrichten, über seine Arbeit außerhalb des Alt-Scherbitzschen engeren Kreises, über seine Heranziehung als Gutachter bei Umbauten anderer Anstalten, seine Mitarbeit bei Entwürfen neuer Anstalten, über Heimat, Art und Anzahl der wiß- und lernbegierigen Besucher Alt-Scherbitz, über seine Veröffentlichungen und Vorträge usw. Erst dann werden wir und die nach uns kommen, voll und ganz den Einfluß erkennen, der von *Paetz* und Alt-Scherbitz ausgegangen ist, der auch schon zu seinen Lebzeiten seinen Ruf begründete und die beiden Namen *Paetz* und Alt-Scherbitz untrennbar miteinander verbunden hat.

Die Gründung und weitere Entwicklung der Landesheilanstalt Alt-Scherbitz.

Von

Dr. **Karl Schmidt**, früher Oberarzt in Alt-Scherbitz, jetzt Uchtspringe.

Die Landesheilanstalt Alt-Scherbitz in ihrer heutigen Größe und Gestalt ist zum weitaus größten Teile das Werk ihres langjährigen Direktors Geheimen Sanitätsrats Dr. *Albrecht Paetz*. In frühen Jahren zur Leitung und Fortsetzung der im Entstehen begriffenen Schöpfung des Geheimen Sanitätsrat Professor Dr. *Koeppe* berufen, war es ihm vergönnt, die Anstalt zu der modernen kolonialen Irrenanstalt auszubauen und in ihr ein Vorbild zu schaffen, welches wohl in der ganzen Kulturwelt auf dem Gebiete der Irrenversorgung von maßgebendem Einflusse gewesen ist.

Gerade in der heutigen Zeit, welche uns voraussichtlich vor neue und schwierige Aufgaben in der Irrenfürsorge stellen wird, erscheint es nicht unangebracht, an der Hand einer unter Benutzung von Aktenmaterial gegebenen Darstellung der Gründung und weiteren Entwicklung von Alt-Scherbitz einen Überblick über die Bestrebungen jener Zeit zu geben, in welcher die der jüngeren Generation von Irrenärzten so selbstverständlich erscheinenden Fortschritte in der freien und humanen Behandlung der Geisteskranken, in der Beschäftigungstherapie, insbesondere der landwirtschaftlichen Beschäftigung, errungen worden sind. Es ist ja leicht erklärlich, daß in einer Zeit, in welcher die Erforschung der Geisteskrankheiten und die Heilbestrebungen sich neben dem Ausbau der pathologischen Anatomie besonders auf dem Gebiete der Serologie und Chemie bewegen, die früher als besonders wichtig erachteten Behandlungsarten in ihrer Bedeutung zurückzutreten scheinen. Dazu kommt, daß die jetzigen wirtschaftlichen Schwierigkeiten, die Kohlennot und die so bedeutende Verkürzung der Dienstzeit des Pflegepersonals zu einem Zusammendrängen der Kranken führen und die Durchführung freiheitlicher



Behandlung und umfangreicher Beschäftigung der Kranken in landwirtschaftlichen Betrieben erschweren. Gerade in dieser Hinsicht wird aber eine Darstellung der Geschichte der Alt-Scherbitzer Anstalt von Wert sein, indem sie uns auffordert, auch unter den jetzigen größeren Schwierigkeiten die so bewährte Behandlung der Kranken in Anstalten mit landwirtschaftlichen Betrieben weiter durchzuführen.

Die Geschichte der Anstalt vermag auch von anderen Gesichtspunkten aus Teilnahme zu erwecken; einmal vom rein menschlichen, weil ihr Begründer aus seinem mit feurigem Eifer begonnenen, noch unvollendeten Werke durch einen jähen Tod herausgerissen wurde, sodann, weil sich hier erwiesen hat, daß gerade die alte provinzialständische Verwaltung, von hervorragenden Männern geleitet, vorzüglich geeignet war, fortschrittliche Bestrebungen zu unterstützen und auch in schwierigen Zeiten trotz aller Gegenbestrebungen durchzuführen. Diese Gegenbestrebungen gingen teilweise von sehr einflußreicher Seite aus und hätten, wenn sie in der Provinz Sachsen durchgedrungen wären, leicht in anderen Provinzen und Ländern Nachahmung finden und die Entwicklung der Landesirrenanstalten in ganz andere Bahnen lenken können, als sie dann eingeschlagen worden sind. Eine genauere Darstellung der Geschichte von Alt-Scherbitz ergänzt auch zugleich das Buch des Geheimrats *Paetz* [1]), in welchem dieser eine ausführliche Beschreibung der damaligen Anstalt, seiner Behandlungsgrundsätze und der allgemeinen Anforderungen an die koloniale Anstalt, auch eine geschichtliche Darstellung der bisherigen Irrenpflege gibt, die Geschichte der Gründung und Entwicklung der Anstalt selbst aber nur kurz berührt.

Die Gründung der Anstalt in der von *Koeppe* beabsichtigten Weise ist nun zurückzuführen einerseits auf die zu seiner Zeit vorhandenen Ansichten der Irrenärzte über die zweckmäßige Fortentwicklung der damaligen Irrenpflege, andererseits auf die besonderen Eigenschaften und Überzeugungen des Professors *Koeppe*. In den 60er und 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts bewegten die praktischen Irrenärzte besonders lebhaft zwei Fragen: die Durchführung des von *Conolly* wieder betonten No-Restraints oder, mit *Griesinger* besser gesagt, der freien Behandlungsweise der Irren, sowie die Entlastung der seit Jahren überfüllten geschlossenen Irrenanstalten durch Entwicklung kolonialer Verpflegung der Irren auf landwirtschaftlichen Betrieben und durch familiale Pflege. Wenn man die damalige Literatur durchsieht, so wird darüber immer wieder in Zeitschriften und Versammlungen verhandelt, es werden zahlreiche Reisen nach Gheel, England, Schottland und nach französischen Anstalten, insbesondere nach der landwirtschaftlichen Kolonie Fitz-James bei Clermont unternommen und darüber Berichte erstattet. Besonders kräftig wurden diese Fragen angeregt durch die 1868 erschienene



Veröffentlichung von *Griesinger* [2]), welche dann zu einer literarischen Fehde mit *Laehr* [3]) führte. Man hatte schon seit dem Vorgange von *Ludwig Meyer* [4]) in Hamburg auch in Deutschland mehr und mehr erkannt, daß die Geisteskranken eine viel freiere Behandlung vertragen konnten, als dies bis dahin angenommen war. *Griesinger* insbesondere empfahl: klinische Asyle in der Nähe der großen Städte zur Aufnahme akut Erkrankter, mit höchstens 150 Betten, die auch an den Universitäten für den klinischen Unterricht benutzt werden sollten, geschlossene Anstalten für alle diejenigen chronischen Kranken, welche einer besonderen, anhaltenden Bewahrung bedürfen, und in Verbindung mit diesen geschlossenen Anstalten freiere Verpflegungsformen für alle die zahlreichen chronisch Kranken, welche eine freiere Behandlungsform vertragen, nämlich die agrikole Kolonie und die Familienpflege. Was man im besonderen damals von der kolonialen Anstalt erwartete, zeigt die Denkschrift *Ludwig Meyer*s „Über die Lage der öffentlichen Irrenpflege in Hannover mit besonderer Beziehung zu der projektierten Irrenkolonie des Herrn Dr. *Seebohm* zu Königshof bei Münden i. Hannover [5]). Man gedachte die Provinzialanstalten von den chronischen, sogenannten abgelaufenen Fällen zu entlasten, um Raum für die frischen Erkrankungsfälle zu erhalten. Zugleich hoffte man die Kosten der Unterhaltung der chronischen Kranken zu verbilligen, indem man sie in einfachere Verhältnisse brachte, ihre Arbeitskraft besser auszunutzen und gleichzeitig durch die anregende und auf den Geisteszustand dieser chronischen Fälle günstig einwirkende größere Bewegungsfreiheit und regelmäßige Tätigkeit in landwirtschaftlichen Betrieben eine Besserung des geistigen Befindens dieser Kranken herbeizuführen. Daneben sollte auch für Rekonvaleszenten der Aufenthalt in solchen Kolonien zur schnelleren Kräftigung und als Vorbereitung für den Übergang in die häuslichen Verhältnisse dienen. Die praktischen Erfahrungen in bezug auf landwirtschaftliche Kolonien waren aber damals in Deutschland nur gering. *Meyer* erwähnt die Verhältnisse in St. Pirminsberg, wo man im Sommer Geisteskranke auf einer Alp beschäftigte, und kennt in Deutschland nur die Ackerbaukolonie in Einum bei Hildesheim, wo zwar auch die Vorteile des ländlichen Lebens für die Kranken durchaus hervorgetreten waren, das finanzielle Ergebnis aber zunächst so schlecht war, daß die hannoversche Provinzialverwaltung gerade damals wieder eine Aufhebung der Einrichtung erwog. Seit 1864 waren in Einum 40 männliche Kranke in zwei einfachen Bauernhäusern eine halbe Meile von der Stadt Hildesheim entfernt untergebracht. Schon 1859 war in ähnlichem Maßstabe seitens der Privatanstalt Christophsbad in Göppingen, Württemberg, durch Dr. *Landerer* auf dem 1 km von der Anstalt entfernten „Freihof“ eine Kolonie eingerichtet; auch war 1865 von der Irrenanstalt Jena aus eine kleine Kolonie im Schlosse zu Kapellendorf gegründet, die etwa 30 Kranke umfaßte, aber sich wenig günstig entwickelte und deshalb durch die 1880 bei der Anstalt zu Blankenhain eingerichtete Kolonie ersetzt wurde. 1868 war ferner die Meierei Zschadraß bei Colditz als Männerkolonie gegründet, die im Laufe der nächsten Jahre günstig gedieh; in demselben Jahre richtete *Erlenmeyer* sen. das Gut Albrechtshöhe als landwirtschaftliche Kolonie ein, und 1869 begannen Dr. *Wahrendorf* in Ilten und Dr. *Seebohm* in Münden i. Hann. im Anschluß



an ihre Privatanstalten zunächst in kleinem Umfange Geisteskranke in kolonialen Verhältnissen zu beschäftigen; nur in Ilten entwickelte sich später die Kolonie zu größerem Umfange. Es waren also 1869 in Deutschland außer den verhältnismäßig kleinen Kolonien in Einum, Göppingen und Kapellendorf erst einige Anfänge von Ackerbaukolonien vorhanden, die sich naturgemäß im Anschluß an schon bestehende geschlossene Anstalten entwickelten, als *Koeppe*, der Direktor der einzigen Provinzialirrenanstalt der Provinz Sachsen bei Halle a. S., an die für die Irrenversorgung zuständige provinzialständische Kommission „erneut und dringend mit der Forderung herantrat, für eine größere als die bisherige Anzahl Irre der Provinz Sachsen durch neue Einrichtungen zu sorgen".

Koeppe, 1867 im Alter von 35 Jahren als Nachfolger Damerows zum Direktor der Irrenanstalt bei Halle ernannt, war ein sehr begabter, hochgebildeter, energischer und für den Fortschritt in der Behandlung der Geisteskranken begeisterter Mann, der neben seiner direktorialen Tätigkeit auch noch als akademischer Lehrer der Psychiatrie in Halle wirkte. Er hatte sogleich nach der Übernahme der Anstaltsleitung das No-Restraint eingeführt, in jeder Weise für Verbesserung und Verschönerung der Anstalt und ihrer Umgebung gesorgt, die bisherigen Tobzellen außer Gebrauch gesetzt, die Tobhöfe in mit Blumen geschmückte Gärten umgewandelt, die Gebäude für Tobsüchtige in sogenannte Beobachtungsabteilungen umgebaut, indem er statt der Zellen freundliche Säle und Zimmer schuf, welche nicht nur eine exakte Beobachtung und ärztliche Behandlung sowie humane Haltung der Kranken ermöglichten, sondern zugleich auch den zur Mehraufnahme von 60 Kranken nötigen Raum gewährten. Insbesondere aber trat er tatkräftig für die Beschäftigung der Kranken ein. Mit ihnen erneuerte er bei geringen Kosten den Anputz und Anstrich der ganzen Anstalt, baute nach eigenen Plänen seine neuen Einrichtungen aller Art, insonderheit aber betrieb er landwirtschaftliche und gärtnerische Arbeiten, legte Obst- und Tannenanpflanzungen an, verwandelte steriles Feld in fruchtbaren Acker und machte auf jede Weise mehr und mehr Land in der Umgebung der Anstalt kulturfähig (Bericht des II. Ausschusses des XX. Landtags der Provinz Sachsen; vgl. auch den Nachruf auf *Koeppe* A. Z. f. Ps. 1880, Bd. 36, S. 128).

Gleichsam als Vorversuch für Alt-Scherbitz baute er außerhalb der geschlossenen Anstalt eine „Baracke" genannte, ganz offene Abteilung für männliche Kranke, die er in ganz freien Verhältnissen hielt und in der Landwirtschaft beschäftigte. Infolge seiner hervorragenden persönlichen Eigenschaften und seiner überaus erfolgreichen Tätigkeit besaß *Koeppe* auch in ganz besonderem Maße das unbegrenzte Vertrauen der gesamten Provinzialverwaltung, insbesondere auch der Provinzialstände. So ging man denn auch auf seine Anregungen bereitwillig ein. In einer am 1. Nov. 1869 abgehaltenen Sitzung der zuständigen provinzialständischen Kommission kam es zu einer lebhaften und eingehenden Besprechung der Angelegenheit. Dabei führte *Koeppe* aus: Die nur für 400 Kranke eingerichtete, durch Umbau auf 460 Plätze gebrachte Anstalt bei Halle sei bereits mit 560 Kranken belegt und damit überfüllt; wenn auch bisher im allgemeinen für Neuaufnahmen immer noch Platz geschaffen sei, werde es doch schließlich damit ein Ende haben. Die Anstalt allein könne

ferner nicht mehr dem Bedürfnis der Provinz genügen; in der Provinz Sachsen komme erst auf je 3178 Einwohner ein in Anstalten untergebrachter Kranker, während man bei einer Einwohnerzahl von 2 066 000 mit dem Vorhandensein von 4132 Geisteskranken zu rechnen habe, auch wenn man nur einen Kranken auf 500 Einwohner annehme. Von diesen rund 4000 Kranken seien einschl. etwa 100 in kleineren Anstalten der Provinz versorgten nur etwa 650 in Anstalten untergebracht, ein Verhältnis, welches sowohl aus allgemeinen humanen als auch aus staatsökonomischen Rücksichten überaus bedenklich erscheinen müsse. Danach sei die Einrichtung einer neuen Anstalt geboten, welche den fortgeschrittenen Erfahrungen Rechnung tragen und die jetzige Anstalt ihrer eigentlichen Bestimmung als Heilanstalt zurückgeben müsse. Die bisherigen Anstalten hätten für den Kopf 1000—2000 Taler gekostet, die Hallesche, eine der billigsten, rund 1000 Taler, und die Anlagekosten seien, wie dies z. B. in Neuruppin sich ergeben, zum größten Teil verloren, sobald der wissenschaftliche oder humane Standpunkt durchgreifende Änderungen in den Anlagen geboten erscheinen lasse. Deshalb sei das auch von psychiatrischen Autoritäten in neuerer Zeit empfohlene „koloniale System" dem bisherigen weitaus vorzuziehen, da dasselbe zwar ein großes Kapital zum Ankauf ausreichenden Areals für den Betrieb des Ackerbaus erfordere, dieses Areal aber voraussichtlich nicht, wie kostspielige Bauanlagen, entwertet werde, wohl aber die Zinsen der Kaufsumme mit 5 % herausgewirtschaftet und an den von der Provinz aufzubringenden Unterhaltungskosten der Kranken erspart werden würden. Es komme somit nur die bauliche und sonstige Einrichtung in Betracht, und diese würde, da außer einem Zentralhospital und den nötigen Verwaltungsgebäuden nur zerstreut liegende Wohnungen im Stil gewöhnlicher Arbeiterhäuser zu errichten sein würden, nur einen Kostenaufwand für das Bett von etwa 333⅓ Talern erfordern, also 666⅔ Taler weniger als nach dem bisherigen Systeme, welcher Wenigerbetrag zum Ankauf des nötigen, einer Entwertung nicht unterliegenden Landes ausreichen würde. Im übrigen sei die Frage zugunsten des neuen Systems bereits praktisch gelöst, da die von Privatpersonen in Clermont mit 2 Kolonien angelegte Irrenanstalt, in welcher auch der Staat seine Kranken gegen ein Kostgeld von 1 fr. 10 cent. für Kopf und Tag verpflegen lasse, sowohl für die Patienten wie für die Unternehmer die besten Ergebnisse geliefert habe. Von der Anlage von Pflegeanstalten für kleinere Bezirke, eine Frage, die damals auch erörtert wurde, werde erst nach einem Menschenalter resp. dann die Rede sein können, wenn die psychiatrisch-klinische Bildung Gemeingut aller Ärzte geworden sein werde. Einer Unterbringung der Kranken zur Pflege in Familien der der Anstalt nahegelegenen Dörfer seien durch die lokalen Eigentümlichkeiten der Halleschen Umgebung zu enge Schranken gesetzt. Es bleibe also nur die Wahl zwischen geschlossener Anstalt und Kolonie. In dieser Sitzung der provinzialständischen Kommission wurde eine aus zwei Mitgliedern und dem Direktor *Koeppe* bestehende Kommission beauftragt, dem nächsten Provinziallandtage etwaige Vorschläge zu machen. Infolge des Ausbruchs des Krieges 1870/71 hat aber die Kommission diesem Auftrage nicht genügen können, weil der Krieg die dazu nötigen Vorarbeiten unmöglich



machte. Der 2. Ausschuß des XX. Landtags der Provinz Sachsen (1871) hielt die Bedürfnisfrage für noch nicht genügend geklärt, empfahl vielmehr bei Gelegenheit der in diesem Jahre erfolgenden Volkszählung durch die Regierung eine genaue Aufnahme der in der Provinz Sachsen vorhandenen, nicht in Anstalten befindlichen Geisteskranken, deren Aufnahme in eine Anstalt nötig und erwünscht erschiene, bewirken zu lassen; sollte das Resultat dieser Aufnahme die annähernde Richtigkeit der von *Koeppe* aufgestellten Behauptungen ergeben, dann solle eine vom Landtage zu wählende Kommission durch den Oberpräsidenten zusammenberufen werden und ermächtigt sein, die für den dem nächsten Provinziallandtage zu erstattenden Bericht erforderlichen Grundlagen unter Zuziehung des Direktors *Koeppe* auf dem ihr am zweckdienlichst erscheinenden Wege, evtl. also auch durch örtliche Besichtigung fremder Anstalten, sich zu verschaffen. Diesem Beschlusse trat der XX. Provinziallandtag bei und wählte eine Kommission, zu welcher neben *Koeppe* besonders der Erbtruchseß Exzellenz von Krosigk auf Poplitz gehörte. Dieser, zugleich Referent des die Angelegenheit bearbeitenden 2. Ausschusses des Provinziallandtags, stand in enger Verbindung mit *Koeppe* und war ein Mann von großem Verständnis und Eifer für die Fortentwicklung des Irrenwesens der Provinz, der auch dafür pekuniäre Opfer brachte, indem er bei den später unternommenen Reisen zur Besichtigung ausländischer Anstalten für seine Person jede Vergütung der Kosten durch die Provinzialverwaltung ablehnte.

Diese Kommission erstattete nun unter dem 6. 9. 1873 ihren Bericht (Referent war *Koeppe*). Sie war am 12. 9. 1872 in Halle zusammengetreten, nachdem bei der Volkszählung die Zahl der nicht in Anstalten untergebrachten Geisteskranken der Provinz festgestellt worden war. Es waren am 1. 12. 1871 in der Provinz 1284 sogenannte Irrsinnige und 2621 sogenannte Blödsinnige, zusammen 3905 Geisteskranke, gezählt worden, deren Aufnahme in eine Irrenanstalt zu einem großen Teile dringend gewünscht wurde. Es wurde dabei noch angenommen, daß wahrscheinlich diese Zahl noch hinter der Wirklichkeit zurückbliebe. Da sich nun damals nur 600 Kranke in der Provinzialirrenanstalt und rund 100 in städtischen und sonstigen Anstalten in irrenärztlicher Behandlung und Pflege befanden, so zeigte sich hier ein so schreiendes Mißverhältnis, daß für die Kommission schon die absolute Zahl das Bedürfnis der Erweiterung der Irrenpflege der Provinz auf das dringendste begründete. Alle anderen Länder und Provinzen des Kaiser- und Königreichs gingen damals mit 2 Ausnahmen der Provinz Sachsen voran. Die Kommission hob ferner hervor, daß durch die unabwendbare Überfüllung der einzigen Anstalt der Provinz diese als Heilapparat entschieden beschränkt, ja schon als Lokalität zur Pflege Unheilbarer verschlechtert werde. Sie stimmte dem Grundsatze zu, daß alle Krankheiten um so eher geheilt und gebessert werden könnten, je früher sie zur Behandlung kämen. Es müsse in Fleisch und Blut des Publikums übergehen, daß es seine frisch Erkrankten sofort in sachverständige Pflege bringe. Die Kommission hielt es für erforderlich, daß Gelegenheit gegeben werde, daß jeder Geisteskranke ohne weiteres in eine Anstalt, wie ein körperlich Kranker in jedes andere Krankenhaus, aufgenommen werden könne, dann werde das Pub-



likum mehr Frischkranke und eher der Anstalt zuführen. Die Kommission erklärte sich weiter in wohltuendem Gegensatze zu manchen neueren Erörterungen und Maßnahmen für vollkommen frei von dem Vorurteile, daß es möglich sei, daß in einer öffentlichen Irrenanstalt Personen in verbrecherischer Absicht zurückgehalten werden können, und daß es nötig sei, daß ein längerer, erschwerter Aufnahmemodus zur Verhütung solcher Eventualitäten bestehen müsse. Die Bedürfnisfrage nach einer Erweiterung der Irrenversorgung war demnach für die Kommission völlig geklärt. Bei den Erwägungen über die Art der Erweiterung sah sie von einer Vergrößerung der Irrenanstalt bei Halle ab, da eine höhere Krankenzahl die ärztlichen und administrativen Erfolge nur zu schädigen imstande sei. Ebenso lehnte sie es ab, den Bau einer neuen geschlossenen Anstalt nach alten, verbesserten Mustern vorzuschlagen. Ich gehe auf die Begründung dieser Vorschläge deshalb näher ein, weil wir gerade in diesen Verhandlungen die Ansichten *Koeppe*s bereits niedergelegt finden, während man bisher in der Literatur nur auf ein Referat über seinen 1876 gehaltenen Vortrag „Über die Landwirtschaft in der Psychiatrie“ [3]) angewiesen war. Der Kommissionsbericht führte aus: Bei dem Bau einer verbesserten geschlossenen Anstalt würden sich die Bau- und Einrichtungskosten auf nicht weniger, eher mehr als 1500 Taler für einen Kranken, also für eine Anstalt von 400 Kranken auf 600 000 Taler belaufen. Die Verpflegungskosten würden analog den überaus billigen Kosten der Halleschen Anstalt für Kopf und Jahr 150 Taler betragen, also jährlich in Summa 60 000 Taler. Die Kommission sei aber zu der Meinung gekommen, daß eine Anstalt sich viel billiger herstellen und daß mit anderen Einrichtungen die Kranken sich ebenfalls billiger und vorteilhafter, weil freier, verpflegen lassen könnten. Die Geschichte der Krankenhäuser zeige, daß sie nicht nur durch die Veränderung der Heil- und Verpflegungsprinzipien unbequemer, ja unnützer, sondern schon durch die Länge des Gebrauchs an sich ungesunder, schließlich unhaltbar werden. Dasselbe treffe für Irrenanstalten zu. Nicht nur adaptierte alte Baulichkeiten seien häufig und mit großen Kosten verändert und schließlich verlassen worden, sondern ebenso Neubauten nach relativ kurzer Zeit umgebaut und schließlich ganz aufgegeben. Nun seien aber als Krankenhäuser und namentlich als Irrenanstalten wahrhafte Prachtgebäude, monumentale Bauten aufgeführt, welche für Jahrhunderte errichtet zu sein schienen. Die Gebäude, welche zu einem ganz eigenartigen Zwecke eingerichtet seien, ließen sich später schwer zu einem anderen Gebrauche, jedenfalls nicht im Verhältnis zu dem Anlagekapital verwerten. Dem großen Anlagekapitale zuliebe müsse also die Anstalt contre coeur und nicht zum Vorteile der Einwohner verbraucht werden. Schon aus diesen Erwägungen könne die Kommission es nicht für erlaubt halten, dem Landtage die Ausführung eines großen monumentalen Baues vorzuschlagen. Sie könne sich überhaupt nicht enthalten zu erklären, daß sie Ausführungen in prächtigen Baustilen usw. als durchaus nicht notwendig zur Heilung der Kranken, folglich für überflüssig schätze. Sie halte es daher für das Richtigste, leichter und billiger dadurch zu bauen, daß die Erfahrungen benützt würden, wie sie sich aus der Anlage der amerikanischen, der im Festungsrayon liegenden Häuser, der Arbeiterwohnungen im Elsaß und in Eng-



land, ja der schon zur Irrenbehandlung und -pflege angewandten Cottages und Blocks, namentlich auch direkt und im günstigsten Sinne aus der Einrichtung des Halleschen Pavillons (Baracke) ergäben. Dagegen sei auf die innere Einrichtung mehr Wert zu legen. Die Kommission sei der Ansicht, daß da aller ersprießliche Komfort angebracht werden müsse, und sehe voraus, daß es sich in Häusern mit weniger Exterieur und bequemer, reicherer innerer Ausstattung behaglicher leben lasse als hinter den Mauern palast- oder kloster- oder kasernenähnlicher imposanter Gebäudekomplexe mit ihren kahlen Korridoren und dürftig ausgestatteten Zimmern und Zellen. Bei Ausführung von einfachen Baulichkeiten im Pavillonsystem glaube die Kommission auf Grund von Detailstudien, daß die Einrichtungs- und Baukosten höchsten Falles nur den dritten Teil der bisherigen betragen würden, also 333$^1/_3$ Taler für den Kopf; 666$^2/_3$ Taler könnten dann für Grund und Boden ausgegeben werden, wenn die bisherigen Kosten überhaupt verwandt werden sollten. Wenn also nach einem Menschenalter die Häuser wirklich nicht mehr recht nützlich wären, sogar abgerissen würden, so seien nur 333$^1/_3$ Taler verloren, 666$^2/_3$ Taler Bodenwert würden bleiben. Auch hinsichtlich der Unterhaltungskosten böte das Projekt Vorteile; gesetzt, es würde dieselbe Summe wie jetzt in der geschlossenen Anstalt für die Verpflegung ausgegeben werden, so würden doch in der projektierten Anstalt die Erträgnisse des großen Areals, der Ökonomie, mit nur 5 % des Flächenwertes berechnet, als eine ganz beträchtliche Einnahmequelle anstatt der Zuschüsse der Provinz eintreten. Dabei werde gerechnet, daß die aus 400 Menschenbevölkerung ausgesuchten Arbeitskräfte für die Ökonomie unentgeltlich verwandt werden können, wodurch zugleich eine zweckmäßige Verwendung der Kranken stattfände. Aber nicht nur finanzielle Rücksichten, sondern ebenso humane und psychiatrisch-wissenschaftliche sprächen für den obengenannten Modus der Irrenbehandlung. Jeder Irrenarzt, der es versuche, erfahre von Tag zu Tag mehr, daß die Geisteskranken viel mehr Freiheit genießen könnten, als bisher in geschlossener Anstalt erlaubt und vielleicht möglich gewesen wäre. Je freier, je mehr dem bürgerlichen Leben entsprechend die Lage der Geisteskranken sei, je weniger sie durch aparte Institutionen eingeschränkt wären, desto behaglicher fühlten sie sich, desto schneller und nachhaltiger hebe und halte sich das körperliche und geistige Befinden. Zu Heilzwecken seien nur wenig Einrichtungen usw. mehr nötig, als sie das gewöhnliche Krankenhaus biete; sie würden in der neuen Anstalt vor allem anderen Berücksichtigung finden; zu Zwecken der Verpflegung Unheilbarer sei aber der obige Modus ohne weiteres als der vorteilhafteste erkennbar. Das Projekt wurde also so formuliert: Auf einem großen Terrain, dessen Größe so zu wählen ist, daß es nach landwirtschaftlichen Grundsätzen und Erfahrungen mit Nutzen kultiviert werden kann, wird, um zunächst 400 Kranke unterzubringen bzw. die Heilbaren behandeln zu können, eine Zentralanstalt für 150 Kranke (75 Männer, 75 Frauen) gebaut. Diese ist nach den erprobtesten Erfahrungen der Kranken- und Irrenanstalten rein zu Zwecken der ärztlichen Behandlung heilbarer resp. zum Aufenthalte solcher unheilbarer Irren einzurichten, die einer besonderen ärztlichen Aufsicht dauernd oder vorübergehend bedürfen. Es ist zwar



eine relativ große Zahl angenommen worden, aber schon einige Abteilungen der Zentralanstalt können so gelegt und eingerichtet werden, daß sie bezüglich des Maßes der Beschränkung der Kranken fast dieselbe Freiheit wie die umherliegenden Häuser gestatten, gewissermaßen einen Übergang zu diesen bilden. Für die übrigen 250 Kranken sollen einzelne Häuser mit Nebengebäuden usw. aufgeführt werden, in denen Gruppen von Kranken mit ihren Wärtern, ja ausgewählte an der Peripherie des Anstaltskomplexes sogar mit den Familien der Wärter zusammen wohnen. In diesen Häusern können Rekonvaleszenten, namentlich arbeitsfähige chronische Kranke, periodisch Kranke in relativ freien Zeiten, hier und da auch Sieche, kurz alle untergebracht werden, für die nach einer Beobachtungszeit in der Zentralanstalt aus medizinischen oder humanen Rücksichten der Aufenthalt in den einzelnen Häusern rätlich oder möglich gehalten wird. Beiden Provinzialanstalten, Halle und der zu erbauenden, dürfen nach Meinung der Kommission nicht bestimmte Kreise zugewiesen werden, sondern beide müssen, soweit es ihr Platz erlaubt, für die Kranken der ganzen Provinz offen sein. Es muß jedem Kranken oder dessen Angehörigen freistehen, die Anstalt zu wählen, welche ihr Vertrauen hat. Gerade die Konkurrenz wird das Irrenwesen zu heben ebenfalls geeignet sein. Die Kommission hielt eine Summe von 160 000 Talern (400 für den Kopf) und ein Areal von 1000 Morgen Land für genügend und beantragte dementsprechende Kredite. Dieser Kommissionsbericht wurde durch Vermittlung des Oberpräsidiums dem Obermedizinalkollegium zu Berlin zur Begutachtung vorgelegt, die durch den Professor und dirigierenden Arzt der Irrenabteilung der Charité Dr. Westphal im September 1873 erfolgte. Westphal hielt ebenfalls die Bedürfnisfrage für vollkommen erledigt, stellte fest, daß die Provinz Sachsen den in bezug auf die Irrenverpflegung schlechtesten beiden Provinzen Preußen und Pommern sogleich folge, und erachtete das Bedürfnis einer weiteren Fürsorge sogar als ein ganz eminentes. Auch er hielt eine Erweiterung der Anstalt bei Halle über 600 Kranke hinaus für unzulässig, da der Heilzweck dadurch vollkommen verfehlt würde. Er sprach sich aus denselben Gründen wie die Kommission ebenfalls gegen den Bau einer geschlossenen Anstalt aus; er empfahl den Bau einer kleinen Zentralanstalt und die Errichtung einfacher Wohnhäuser nach Art der landesüblichen mit den zu den einschlägigen Arbeiten der Kranken erforderlichen Baulichkeiten; in ihnen sollte eine Anzahl von Kranken mit ihren Wärtern resp. deren Familien zusammen leben. Westphal führt dann an, daß es bisher noch an hinreichender Erfahrung fehle über das Verhältnis der in einzelnen Häusern freier und der in der Zentralanstalt zu verpflegenden Kranken; ergeben habe sich bisher nur die allgemeine Tatsache, daß die relative Zahl der freier zu Verpflegenden größer sei, je mehr man in dieser Weise vorzugehen versucht habe. Er halte bei dem gegenwärtigen Stande der Sache die in dem Kommissionsberichte angenommene Zahl von 150 Kranken für die Zentralanstalt und 250 für die in einzelnen Häusern unterzubringenden für richtig getroffen, und würde im gegebenen Falle ein gleiches Verhältnis angesetzt haben. Die Vorzüge des vorgeschlagenen Modus der Irrenverpflegung faßte er dahin zusammen: Größere Wohlfeilheit, große Vorteile für die ärztliche Behandlung, größere Chancen für die Hei-

lung resp. Besserung vieler Kranker, größere Humanität den Kranken gegenüber, die Möglichkeit, mit Leichtigkeit die Anstalt nach Bedürfnis zu erweitern. Er wolle ferner einen Einwurf, der gegen den beabsichtigten Plan gemacht werden könnte, von vornherein beseitigen, daß nämlich die Behandlung und Beaufsichtigung der Kranken in den einzelnen Häusern erschwert sei. Er halte diesen Einwurf für gänzlich ungerechtfertigt, ja sei vielmehr der Überzeugung, daß gerade durch die Sonderung in einzelne kleine Gruppen die Übersicht für den dirigierenden Arzt viel leichter werde als bei der Vereinigung größerer Massen von Kranken, in denen der Einzelne viel eher verschwinde. Er erklärt endlich, daß das Projekt des Direktors Dr. *Koeppe* ebenso zweckmäßig als durchführbar sei und vollkommen dem gegenwärtigen Standpunkte der psychiatrischen Wissenschaft entspreche. Nunmehr wurden seitens des 2. Ausschusses des Provinziallandtags die erforderlichen Anträge gestellt. Für die Kosten wurde ein Kredit von höchstens 350 000 Talern, die durch eine 4½ %ige Anleihe flüssig gemacht werden sollten, angefordert, und zwar waren berechnet für Baulichkeiten zu Heil-, Pflege- und ökonomischen Zwecken 160 000 Taler, zur Erwerbung des Terrains 140 000 Taler, zusammen 300 000 Taler. Der Landtag genehmigte in der Sitzung vom 17. 10. 1873 die Anträge und stellte einen Kredit von höchstens 400 000 Taler zur Verfügung, da er die für den Ankauf des Gutes angesetzte Summe für zu niedrig hielt. Es sollte dafür ein Landgut bis zur Größe von 2000 Morgen = 500 Hektar in einem Teile der Provinz erstanden werden, in welchem die Bodenpreise sich noch in mittleren Sätzen bewegten. Zugleich wählte der Landtag zur Ausführung des Projektes der Anlage und der Einrichtung der neuen Provinzialirrenanstalt eine Baukommission von 6 Mitgliedern und 4 Stellvertretern, zu deren Vorsitzenden der Erbtruchseß von Krosigk ernannt und welcher umfassende Vollmachten gegeben wurden. (Protokolle des XXI. Provinziallandtags.)

Diese Beschlüsse vom 17. 10. 1873 fanden die königliche Bestätigung mittels Kabinettsordre vom 30. 1. 1875. Am 16. 3. 1875 konnte nun die Baukommission zur ersten Sitzung zusammentreten und damit ihre Tätigkeit aufnehmen. Sie besichtigte bis Oktober 1875 teils gemeinschaftlich, teils durch einzelne Mitglieder 25 Güter und fand schließlich 3, die in die engere Wahl kamen; alle 3 sollten aber wesentlich mehr kosten als der Landtag in Aussicht genommen hatte, nämlich 300 000 Taler. Für die Beschaffenheit des zu kaufenden Landgutes hatte *Koeppe* auf Erfordern der Baukommission in einem Schreiben vom 22. 12. 1875 folgende Grundsätze aufgestellt: „Der Boden muß so kultur- und ertragfähig sein, daß jeder, der ihn bebaut, also namentlich der Kranke, an den Früchten und Erfolgen Freude und Interesse haben muß. Würde ein Gut gewählt, dessen steriler Boden die Arbeit unverhältnismäßig gering lohnte, so würde der Reiz für die landwirtschaftliche Beschäftigung sehr vermindert werden. Sand rinnt wie Wasser durch das Faß der Danaiden; Danaidenarbeit aber ist eine Strafe. Ich habe die Erfahrung und zugleich die Freude bei den Kranken der hiesigen Anstalt fortdauernd machen können, daß sichtbar günstige Erfolge ihrer Bemühungen nicht nur Stimmung und Fleiß erhalten und gesteigert, sondern eine weitere Initiative provoziert haben, welcher die Anstalt so viel ihres Schmuckes, ihrer Anlagen, ihrer



Bauten verdankt. Des Gegensatzes erinnere ich mich auch aus den Erzählungen eines alten Patienten, der höchst drastisch Selbsterlebtes schilderte, wie einst die Kranken einer berühmten, aber eingeengten Anstalt Tag für Tag, an dem einen Tage ein Loch in den Boden graben mußten, das sie am anderen Tage wieder zufüllten. Die Arbeit auf dem Gute muß aber nicht allein an sich eine möglichst erfolgreiche, sondern auch eine dem Körper zuträgliche sein; es würden z. B. Kulturen in ungesundem Sumpfboden usw., auch Arbeiten, die die Kräfte ungebührlich und kontinuierlich in Anspruch nehmen, verboten sein..." Hinsichtlich der Lage des Gutes verlangt *Koeppe*, daß es von allen Teilen der Provinz möglichst gleich leicht erreichbar sein, am besten also nahe dem Zentrum der Provinz an einer mit den anderen Bahnen bequem verbundenen Eisenbahn von lebhafter Frequenz, nicht weit von einer Bahnstation liegen müsse. Ferner verlangt *Koeppe* möglichst direkten Anschluß an eine größere Stadt; diese müsse geistige und materielle Bedürfnisse in bequemster und zweckmäßigster Weise liefern können. Das Gut müsse möglichst arrondiert sein, evtl. seien öffentliche, stark frequentierte Wege und Straßen, welche in ungünstiger Richtung hindurchführten, zu vermeiden. Ferner wünscht *Koeppe* unbedingt das Vorhandensein landwirtschaftlicher Reize. „Dieser Anforderung ist zur Anlage jeder Irrenanstalt zu genügen; ich darf hier nur andeutungweise auf den psychischen Einfluß der landschaftlichen Eindrücke auf die Stimmung usw. erinnern; eine triste, einförmige Gegend würde weder erheitern noch anregen. Die Grenzen und die Form der Gesamtfläche müssen so gestaltet sein, daß die Zentralanstalt und die Villen einzeln und im Verhältnis zueinander gut situiert werden können; ich habe dabei deren Verteilung auf etwas kupiertem Terrain, Anlehnung an Park- und Waldpartien u. dgl., Anlage von zusammenhängenden Gärten, Beziehung zur Ökonomie, Trennung der Geschlechter usw. im Sinne." An Wasser fordert *Koeppe* pro Kopf und Tag 8—10 cbm, ebenso daß das Gut Baulehm oder Ziegelei, Sand- oder Bruchsteine besitzt. Schließlich formuliert er seine Antwort im allgemeinen dahin: „Von allen Gütern ist das beste gerade gut genug."

Zugleich hatte *Koeppe*, ebenfalls auf Veranlassung der Baukommission, die Frage zu prüfen, wie weit Irre zur Arbeit, namentlich zu ländlichen Arbeiten, befähigt wären. Er weist darauf hin, daß in der Halleschen Anstalt sich durchschnittlich 60—70 % der Kranken nützlich beschäftigen. Es würden aber, wie er bei einer Analyse jedes einzelnen Falles ohne weiteres versichern könne, noch viel mehr sein, wäre die Anstalt dazu eingerichtet, und wäre sie nicht über alle Maßen überfüllt. Daß die Arbeit in Feld und Garten die vorteilhafteste für die Gesundheit ist, ergebe sich aus allgemeiner Erfahrung. Er habe heute, ohne eine besondere Heranbildung der Kranken zum Ackerbau vorauszusetzen, durch die Beurteilung der momentanen Krankheitslage jedes Einzelnen abgeschätzt, wieviel Frauen und Männer sofort zu ländlichen Arbeiten verwandt werden können; er habe über 50 % bei oberflächlichster Zählung gefunden; er nehme mit Sicherheit an, daß bei einem Versuche noch viel mehr herauskämen. *Koeppe* wies dann besonders auf den Bericht des Argyle-Bute-Asylum des Dr. *Rutherford* hin: bei 600 Morgen Land und einem Be-



stande von 196 Kranken arbeiteten 85 %. Bei einem System, bei welchem für 6—15 Kranke 1 Wärter zur Anleitung mitgegeben werde, sei die Arbeitslust so groß geworden, daß nur die wirklich Arbeitsunfähigen unbeschäftigt geblieben wären. Bei diesem System sei es möglich, unheilbare Irre und Schwachsinnige in einen Zustand zu versetzen, welcher der Gesundheit nahestehe und die Behandlung im Asyl überflüssig mache, was nicht nur dem Kranken, sondern auch dem Steuerzahler Gewinn bringe. Da nach sachverständigem Gutachten für ein Gut von etwa 1000 Morgen mit intensiver Bewirtschaftung 50 volle Arbeitskräfte ausreichten, so würde sich bei der Anwesenheit von 400 Kranken, auch die Arbeitskraft eines Kranken nicht für voll gerechnet, davon ein absoluter Überfluß ergeben.

Allen Anforderungen schien nun am besten das Rittergut Alt-Scherbitz zu entsprechen. Die Baukommission sah ein, daß sie einen höheren Preis als den bisher geplanten bezahlen müsse, und forderte deshalb beim Provinziallandtag einen Kredit von 500 000 Taler. Nachdem der Landtag dies bewilligt hatte, kaufte die Kommission das Rittergut Alt-Scherbitz am 15. 2. 1876 für 325 000 Taler, übernahm das Gut am 1. 4. 1876 und setzte einen Inspektor ein, welcher unter Leitung des Vorsitzenden der Baukommission die Wirtschaft zu führen hatte. Unterdessen hatte die Kommission *Koeppe* beauftragt, „zu seiner Instruktion Irrenanstalten in Deutschland, Österreich, Frankreich, Belgien, Holland, England und Schottland zu dem Zwecke zu besuchen, um in ihnen diejenigen Erfahrungen zu sammeln, die auf die freie Behandlung überhaupt, auf die Verbindung der Landwirtschaft mit Irrenanstalten sowie auf die Konstruktion der Zentralanstalt und der Einzelhäuser bezüglich sind, und schließlich danach einen Organisationsplan und Baupläne aufzustellen". Der Vorsitzende der Kommission von Krosigk begleitete *Koeppe* beim Besuch französischer und englischer Anstalten, um dessen Beobachtungen namentlich bezüglich der Landwirtschaft zu ergänzen. Die Reiseresultate und die Berichte des Vorsitzenden bestärkten das Vertrauen der Kommission zu dem Unternehmen noch wesentlich. Insbesondere machte die Kolonie Fitz-James einen tiefen Eindruck. „Die Wirtschaft war eine Musterwirtschaft, der Viehstand brillant, von Maschinen waren die sinnreichsten neuen vorhanden; Acker und Garten befand sich in vortrefflichem Kulturzustand. Und diese gesamte Wirtschaft, keine Branchen ausgenommen, wurde durch Kranke betrieben. Die finanziellen wie die psychiatrischen Resultate waren sichtlich groß."

Die ersten baulichen Veränderungen und Anpassungen der in Alt-Scherbitz vorhandenen Gutsgebäude wurden von dem Kommissionsvorsitzenden, während *Koeppe* noch auf Reisen abwesend war, vorgenommen, um etwa 40 Kranke so schnell als möglich zur Entlastung der Halleschen Anstalt, zur Hilfe bei den Gutsarbeiten, Reparaturen, Neubauten usw. unterzubringen.

Am 28. 6. 1876 wurde der damalige Assistenzarzt Dr. *Paetz* als zweiter Arzt (damalige Bezeichnung für Oberarzt) der neuen Anstalt mit 2 Männern und 4 Frauen nach Alt-Scherbitz entsandt, um für die Unterbringung der am 1. Juli folgenden 27 Männer und 6 Frauen Vorbereitungen zu treffen. Die meisten Kranken wurden in verfügbaren Räumen der



zu beiden Seiten des „Herrenhauses“ gelegenen Gutsgebäude, einige w. Kranke auch in dem Erdgeschoß des Herrenhauses (späteren Direktorialgebäudes) untergebracht, wo sich außerdem das Bureau und die Wohnung des Arztes befand, welcher neben den ärztlichen Geschäften auch die wenigen Bureau- und Verwaltungsgeschäfte mit Unterstützung einiger Kranken zu besorgen hatte. Die Wirtschafterin des Gutes versah gleichzeitig die Küche, eine Pflegerin alle sonstigen hauswirtschaftlichen Geschäfte. Die Aufsicht über die m. Kranken versahen unter Leitung des Arztes und des Gutsinspektors 2 Pfleger, andere Beamte waren nicht vorhanden.

Es erübrigt sich für die Zwecke dieser Arbeit, die näheren baulichen Einzelheiten und die Zeitfolge der Entstehung der einzelnen Gebäudegruppen ausführlicher zu besprechen, zumal darüber das Buch von *Paetz* (S. 144—190 und 200 ff.) und die Jahresberichte der Anstalt ausführliche Auskunft geben. Es sei nur erwähnt, daß am 15. 8. 1876 mit dem Bau der Zentralanstalt begonnen wurde und bis Frühjahr 1879 die nach *Koeppes* Plänen und Absichten entworfene Zentralanstalt samt den noch in bescheidenem Umfange und einfachster Ausführung gehaltenen Küchen- und Waschhausgebäuden mit den für das Personal der letzteren erforderlichen Wohnräumen fertiggestellt war. Mit Einschluß derjenigen Plätze, welche sich in einigen zum Gute gehörigen Dorfhäusern für zuverlässige m. Kranke einrichten ließen, waren zu Anfang des Jahres 1879 Plätze für 250 Kranke vorhanden. Da die Anstalt nun 450 Kranke aufnehmen sollte, war noch für 200 Kranke Platz zu schaffen. Zu diesem Zwecke sollten nach Ansicht von *Koeppe* und der Baukommission noch 10 Landhäuser für je 20 Personen, zu je 15 000 Mark berechnet, erbaut werden. Für diese Landhäuser wollte *Koeppe* Lehmpisé als Baumaterial verwenden. Er hatte eigentlich in der Hauptsache die ganze Anstalt daraus erbauen wollen, immer von dem Gedanken möglichster Einfachheit und Sparsamkeit getragen; man hatte aber doch Ziegelsteinbau vorgezogen, um eine gewisse architektonische Schönheit zu erzielen. In der Hauptsache war Einfachheit im Äußeren gewahrt, dafür aber der inneren Einrichtung der Vorzug gegeben, so daß allen billigen Ansprüchen an Komfort und Behagen genügt war. Insbesondere war die Bettung über das gewöhnliche Maß der damals üblichen Ausstattung geliefert, indem statt der Strohsäcke der Halleschen Anstalt Roßhaarmatratzen benutzt wurden.

Am 15. 4. 1878 löste sich die Baukommission auf, nachdem sie die Verwaltung der Anstalt am 23. 3. der Provinzialverwaltung übergeben hatte. Mit Recht konnte die Kommission dabei bemerken, daß sie von vornherein mit vollem Vertrauen, mit wachsendem Interesse und mit demjenigen Fleiße, dessen sich jeder rühmen darf, an ihrer Aufgabe gearbeitet habe und am Ende ihrer Tätigkeit mit Genugtuung auf die schönen Erfolge glaube hinweisen zu können, die das Unternehmen, obwohl es noch in der Entwicklung begriffen sei, gesichert erscheinen lassen.

Mit lebhafter Teilnahme verfolgte *Koeppe* die Fortschritte, welche die von der Halleschen Anstalt herübergenommenen Kranken in den neuen Verhältnissen machten, und berichtete bis ins einzelne von dem Tun und Lassen seiner Kranken. Seit Juni 1877 wohnte er in Alt-Scher-

bitz und hatte die Leitung sowohl von Nietleben, wie die Hallesche Anstalt nun genannt wurde, als auch von Alt-Scherbitz. Bis 1. 9. 1878 wurden die Kranken mit wenigen Ausnahmen aus Nietleben bezogen. Für die Überführung der Kranken war zunächst maßgebend die Aussicht auf rascheren Verlauf der Rekonvaleszenz oder auf erhöhtes subjektives Wohlbefinden der Pfleglinge innerhalb der freieren Verhältnisse des Gutes. Sodann gaben den Ausschlag die Fähigkeiten zu solchen Beschäftigungen, durch welche die Kranken dem Gute und der Anstalt am besten nützen konnten; es wurden aber versuchsweise auch Kranke versetzt, die sich dort nicht beschäftigt hatten; bei dem größeren Teile gelang es, sie wieder an Tätigkeit zu gewöhnen. Diejenigen Kranken, die nicht für die Anstalt paßten, konnten bis zum 31. 3. 1879 nach Nietleben zurückversetzt werden. Ebenso hatte *Koeppe* nach dem 1. 9. 1878 das Recht, von allen Neuaufnahmen, deren Aufnahmeanträge sämtlich durch seine Hände gingen, sich die für Alt-Scherbitz geeigneten auszusuchen und die übrigen nach Nietleben zu senden. Diese Begünstigung war notwendig, weil bis dahin die Anstaltseinrichtungen in ärztlicher Beziehung noch nicht so weit gefördert waren, daß sie den für die Aufnahme und sachgemäße Unterbringung aller Arten von Kranken zu stellenden Anforderungen gewachsen gewesen wären. Mit dem 1. 4. 1879 sollten aber nach einem neuen Reglement Alt-Scherbitz und Nietleben völlig getrennt und gleichberechtigt nebeneinander stehen.

Koeppe war von den Erfolgen der freien Behandlung und landwirtschaftlichen Beschäftigung sehr befriedigt; er beobachtete, daß die Frischerkrankten (Manie und Melancholie) sichtlich rascher in die volle Rekonvaleszenz traten, als es unter den bisherigen Verhältnissen der Fall gewesen wäre; ebenso, daß den Epileptikern die ausgedehnte Freiheit vorzüglich guttue, während diese Krankheitsform sonst eine der unglücklichsten für die Kranken sowohl wie für die Anstalten sei; er rühmt die Initiative, das Interesse der Kranken an den Fortschritten der Arbeiten, sogar den Einfluß der regelmäßig gehenden Maschinen auf die Haltung verwirrter und zerstreuter Kranker. Besonders hebt er den Einfluß der Tätigkeit unter den neuen Verhältnissen bei einem seit langen Jahren schwer geisteskranken, jahrelang in Apathie und Zerstreutheit versunkenen, hochbegabten Baubeamten hervor, bei welchem früher alle Versuche einer Beschäftigung vergeblich gewesen waren. „Als ihm Gelegenheit geboten wurde, für die neue Anstalt zu arbeiten, wurde er zunehmend produktiver und freier; seine Entwürfe der beiden Pflegehäuser, der Küche, des Waschhauses und anderer Baulichkeiten wurden mit wenigen Änderungen und Zutaten ausgeführt. Er ging frei von Krankheitserscheinungen wieder in eine amtliche Stellung."

Auf Grund aller dieser in Nietleben und Alt-Scherbitz gemachten Erfahrungen war *Koeppe* der Ansicht, und man findet derartige Bemerkungen außer in seinem schon erwähnten Vortrage über die Landwirtschaft in der Psychiatrie auch noch in Form von späteren eigenhändigen Randbemerkungen in hier vorhandenen psychiatrischen Zeitschriften, daß, wenn die Neuaufnahmen gleich von vornherein in geeignete Einrichtungen und Behandlung kommen, mindestens 50 % arbeitsfähig und kolonisierbar seien; er sah in der Beschäftigung, insbesondere der landwirtschaft-

lichen, immer mehr ein ganz hervorragendes Heilmittel für Geisteskranke, sogar für solche im frischen, akuten Stadium. Die systematische Bettbehandlung, die hier erst nach *Koeppe*s Tode von *Paetz* eingeführt wurde, hat *Koeppe* nicht angewandt, auch die bis dahin an einigen Orten gemachten kleinen Anfänge sicher nicht gekannt, da er davon nie gesprochen und die von ihm in seiner Zentralanstalt ausgeführten Grundrisse auch gar nicht für eine solche Möglichkeit eingerichtet hat. Ja, der Grundriß seiner als Aufnahmestationen bestimmten Beobachtungsabteilungen, in denen sich neben stattlichen Tagesräumen drei von einem derselben zugängige Isolierzimmer, aber gar keine Einrichtung für Bettbehandlung befand, ist ein direkter Beweis dafür, daß *Koeppe* die Bettbehandlung noch nicht vorschwebte. Der *Koeppe*sche Grundriß in seiner ursprünglichen Gestalt und Bestimmung stellte lediglich eine, wenn auch erheblich verbesserte Reproduktion der damaligen Nietlebener Beobachtungsabteilungen dar, welche neben Tagesräumen, die mit einem breiten Korridor in offener Verbindung standen, nur 6 von diesem Korridor aus zugängige Isolierzimmer enthielten.

Mitten aus seinem rastlosen, wie allgemein anerkannt wurde, von großer Begeisterung für die Durchführung seiner Ideen getragenen Wirken wurde nun *Koeppe* am 30. 1. 1879 infolge einer Morphiumvergiftung, die er sich zugezogen hatte, durch den Tod abberufen, die Anstalt mitten in ihrer Entwicklung zurücklassend. Diesen plötzlichen Tod brachte man zunächst allgemein mit Unglücksfällen in ursächliche Verbindung, die gerade damals verhältnismäßig schnell nacheinander in der Anstalt vorgekommen waren. Am 23. 12. 78 hatte sich eine an weit vorgeschrittener Paralyse leidende Kranke in einem Einzelkranken- (nicht Isolier-) zimmer durch Nachlässigkeit des Personals an dem noch nicht geschlossenen brennenden Ofen derartige Brandwunden zugezogen, daß sie daran verstarb. Diesem Unglücksfall, welcher im übrigen für die Anstalt irgendwelche nachteiligen Folgen nicht hatte, folgte nach etwa Monatsfrist ein zweiter, viel schwerwiegenderer am 27. 1. 79. Ein mit 3 anderen Kranken im Holzstall mit Holzhacken beschäftigter schwachsinniger Geisteskranker brachte, ohne vorher irgendeinen Affekt zu zeigen, während der inspizierende Arzt sich ganz in der Nähe befand, einer gerade vorübergehenden alten Bewohnerin des Armenhauses, die auf dem Gute als Almosenempfängerin Beschäftigung erhielt, mit der Axt eine derartig schwere Kopfwunde bei, daß sie nach etwa einer Stunde starb. Der Kranke hatte, wie sich herausstellte, die Tat in selbstmörderischer Absicht begangen, um zu erreichen, daß er als Mörder hingerichtet würde. Er war seit Juli 78 in Nietleben gewesen und von dort im Oktober 78 nach Alt-Scherbitz versetzt worden. Bei ihm waren die Krankheitserscheinungen seitdem anscheinend so zurückgetreten, daß er seit Dezember ohne direkte Mitarbeit eines Wärters beschäftigt wurde. Hinterher stellte sich allerdings durch Aussagen anderer Kranker heraus, daß er an diese mit der Frage herangetreten war, ob sie sich von ihm totschlagen lassen wollten, da er lebensmüde sei und hingerichtet zu werden wünsche. Die Kranken hatten aber darauf nichts gegeben und deshalb darüber nicht gesprochen. *Koeppe* leitete noch die Untersuchung des Falles und erstattete noch am 27. 1. den Bericht an die Staatsanwaltschaft. Am 29. 1.



morgens fand man ihn in tiefem Schlafe, aus dem er trotz aller angewandten Mittel nicht erwachte, und bei dem es sich, wie auch der aus Halle hinzugezogene Professor Weber feststellte, um Morphiumvergiftung handelte; am 30. 1. früh trat der Tod ein. *Koeppe* hatte schon längere Zeit wegen Schlaflosigkeit zunächst Chloralhydrat, dann Morphium benutzt, welches er ohne Abwägung der Dosis nahm. Es erscheint ganz erklärlich, daß er infolge des eingetretenen schweren Unglücksfalles, welcher dem ersterwähnten immerhin nach verhältnismäßig kurzer Zeit folgte, in stärkerer gemütlicher Erregung sich durch eine größere Gabe Morphium Schlaf verschaffen wollte und nun, ohne abzuwägen, versehentlich eine zu große Menge einnahm. Bei dem Charakter und Temperament *Koeppe*s hielten diejenigen, welche ihn näher kannten, ein beabsichtigtes Abscheiden aus dem Leben nicht für wahrscheinlich. Dagegen machte unter diesen Umständen der Tod *Koeppe*s weithin Aufsehen. Die Zeitungen besprachen den Fall, und es konnte nicht fehlen, daß man die Mutmaßung äußerte, *Koeppe* sei aus Verzweiflung aus dem Leben geschieden, weil er eingesehen habe, daß sein Plan ein verfehlter gewesen sei. In der näheren Umgebung von Alt-Scherbitz trat zunächst eine begreifliche Beunruhigung ein. Man äußerte auf einmal eine Reihe von Klagen über angeblich durch Kranke verursachte Unbequemlichkeiten, von denen bis dahin nie etwas laut geworden war, und begann die Durchführbarkeit der von der Anstalt angebahnten freien Behandlung der Geisteskranken in Zweifel zu ziehen. Man verlangte den Bau von Mauern um die ganze Anstalt herum, regte auch die Verlegung der durch das Anstaltsgebiet hindurchgehenden Landstraße Schkeuditz-Leipzig an, die in einem großen Bogen um den Nordteil der Anstalt herumgeführt werden sollte, und es kam im Juni 79 zu einem Beschlusse des Provinzialausschusses, welcher diese Verlegung in Aussicht nahm. Nachdem später wieder Beruhigung eingetreten war, ist auf einen Protest der Stadt Schkeuditz hin dann dieser Plan wieder aufgegeben worden. Immerhin kam es doch dahin, daß auch die maßgebenden Behörden sich mit der Frage beschäftigten, ob die bisherige Richtung in der Entwicklung der Anstalt beizubehalten sei. Bestärkt wurden etwaige Zweifel dadurch, daß, als nun die Direktorstelle zur Neubesetzung ausgeschrieben wurde, unter den zahlreich sich meldenden, z. T. sehr bekannten und erfahrenen Irrenärzten eine Anzahl gleich bei ihren Bewerbungen Zweifel daran äußerten, ob die Ziele der in der Entwicklung begriffenen Anstalt in der von *Koeppe* gedachten Art überhaupt erreichbar wären, und ob nicht in dem Bauplane eine Änderung eintreten müsse. Dagegen trat von vornherein *Paetz*, welchem nach dem Tode *Koeppe*s zunächst die Vertretung in den direktorialen Geschäften in Alt-Scherbitz übertragen war, entschieden für die weitere Durchführung der *Koeppe*schen Pläne ein. Schließlich kam es im April 1879 betreffs der Angelegenheiten von Alt-Scherbitz zu einer Konferenz der beteiligten Behörden unter dem Vorsitze des Oberpräsidenten der Provinz Sachsen, in welcher der als *Koeppe*s Nachfolger in der Direktion der Anstalt Nietleben berufene Professor *Hitzig* die prinzipielle Frage zur Sprache brachte und in Zweifel zog, ob bei den Einrichtungen der Anstalt das Zahlenverhältnis zwischen kolonisierbaren und nicht kolonisierbaren Kranken in zutreffender Weise berück-

sichtigt sei. Man beschloß, zunächst nur je 2 Villen für die Männer- und Frauenseite bauen zu lassen. Ferner beschloß der Provinzialausschuß in seiner Sitzung vom 23. 4. 79, die Wahl eines Direktors von Alt-Scherbitz noch nicht vorzunehmen, sondern zunächst in die Erörterung der auch für die Personenfrage maßgebenden Prinzipienfrage dadurch einzutreten, daß Professor *Hitzig* zu einem schriftlichen Gutachten veranlaßt werde, wobei auch darauf Bedacht genommen werden sollte, ob nicht die Verteilung der aufzunehmenden Kranken auf beide Anstalten von einer Zentralstelle zu erfolgen habe. Es handelte sich demnach um folgendes: Sollte Alt-Scherbitz in der von *Koeppe* gedachten Weise ausgebaut und eine selbständige, Nietleben gleichgestellte Anstalt mit eigenen Aufnahmen werden, oder sollte Alt-Scherbitz nach anderen Gesichtspunkten weiter entwickelt werden, auch vielleicht in Abhängigkeit von Nietleben kommen, so daß ihm von dort die geeigneten Kranken zugewiesen wurden.

Man kann nun auch jetzt noch nur mit Bewegung und dem Gefühl hoher Bewunderung für die damaligen leitenden Männer der Provinzialverwaltung, insbesondere für den Landesdirektor Grafen von Wintzingerode folgendes beobachten: der Eindruck der Persönlichkeit *Koeppe*s, das unbegrenzte Vertrauen, welches er seitens der Provinzialverwaltung genossen hatte, sowie die Größe des Zieles, welches er gezeigt hatte, nämlich durch die erstrebte freiere Behandlung und die umfangreiche Beschäftigung in den von ihm vorgeschlagenen Verhältnissen ein Heilmittel für Geisteskranke zu finden, bewirkten, daß diese leitenden Männer, trotz des Druckes der beunruhigten Bevölkerung, trotz der geäußerten Bedenken namhafter Irrenärzte und vor allem trotz entgegenwirkender Bestrebungen *Hitzigs*, der naturgemäß als Universitätsprofessor, wie wir sehen werden, wesentlich andere Ziele verfolgte, *Koeppe* über das Grab hinaus die Treue hielten, seine Ideen ausführten und zugleich mit vollem Bewußtsein der Wissenschaft dienen wollten, indem sie ihr die Möglichkeit schufen, in der Praxis nachzuprüfen, ob und inwieweit die Gedanken und Ansichten *Koeppe*s sich als richtig erwiesen und die Heilung der Geisteskrankheiten in der von ihm geplanten Weise gefördert werden könnte. Zugleich war *Paetz* als stellvertretender Direktor eifrig bemüht, die Anstalt in *Koeppe*s Sinne weiter zu leiten und auf die Durchführung der Pläne *Koeppe*s hinzuwirken, insbesondere die von den verschiedensten Seiten geforderte Einschränkung der freien Behandlung und freieren Ausgestaltung der ganzen Anstaltsanlage zu verhindern. Es ist auch ersichtlich, wie verantwortungvoll und für die ganze weitere Entwicklung der Anstalt bedeutungvoll diese Tätigkeit *Paetz*s in jener kritischen Zeit gewesen ist. Mißerfolge, Unglücksfälle, unzweckmäßige Maßnahmen konnten unter den vorliegenden Verhältnissen die Entwicklung der Anstalt in ganz andere Bahnen lenken.

In Verfolg des genannten Beschlusses des Provinzialausschusses richtete nun der Landesdirektor Graf von Wintzingerode am 30. 4. 79 ein Schreiben an Professor *Hitzig*, in welchem er folgendes ausführte: *Hitzig* habe bei Gelegenheit der obenerwähnten Konferenz über Angelegenheiten von Alt-Scherbitz die Prinzipienfrage zur Sprache gebracht, ob bei den Einrichtungen dieser Anstalt das Zahlenverhältnis zwischen



kolonisierbaren und nicht kolonisierbaren Kranken in zutreffender Weise berücksichtigt sei. Wäre der durchschnittliche Prozentsatz der nicht Kolonisierbaren in der Tat, wie *Hitzig* annehme, zu niedrig gegriffen, so würde daraus die Folgerung zu ziehen sein, daß entweder auf eine Erweiterung der Zentralanstalt im Vergleich zu den bereits geschaffenen bzw. noch projektierten Villenanlagen Bedacht genommen werden oder daß die Selbständigkeit der Alt-Scherbitzer Anstalt gegenüber der Anstalt Nietleben aufgegeben und Fürsorge getroffen werden müßte, daß in Alt-Scherbitz vorzugsweise nur solche Kranke Aufnahme finden, welche sich für das hier vorherrschende Villensystem eignen. „In dem einen wie in dem anderen Falle tritt die in administrativer Beziehung sehr weittragende Bedeutung der Frage hervor. Von noch größerer Bedeutung aber erscheint sie mit Rücksicht darauf, daß von der Art der Verwendung und dem Maße der Selbständigkeit der Anstalt Alt-Scherbitz die Durchführung der wissenschaftlichen und ärztlichen Ziele wesentlich abhängig erscheint, auf denen die ganz eigenartige Schöpfung dieser Anstalt beruht. Die Frage soll in gründlicher und umfassender Weise geklärt werden, um so mehr, als die Wahl der Person für die Neubesetzung der Anstalt mit von den Zwecken abhängen muß, die man gerade mit dieser Anstalt verfolgt. Es ist Ihnen bekannt, daß die Ansicht des jüngst verstorbenen Begründers dahin gegangen ist, daß die Anstalt nicht sowohl ausschließlich zur besseren Unterbringung gewisser Kategorien von Kranken und zur Verwertung ihrer Arbeitskräfte dienen und darauf eingerichtet werden sollte, sondern daß in der Art mannigfacher, geordneter und nutzbringender Beschäftigung, wie die Alt-Scherbitzer Anstalt sie bietet, vor allem ein Heilmittel geboten werden sollte, wie es die geschlossenen Anstalten in gleicher oder annähernd gleicher Weise nicht bieten und nicht zu bieten vermögen. Gerade weil der Begründer an diese seine Ansicht fest glaubte und sie für durchführbar hielt, wird er über das Verhältnis der kolonisierbaren zu den nicht kolonisierbaren Irren vielleicht andere Vorstellungen gehabt haben als die Mehrzahl der übrigen hervorragenden Psychiater; er wird deshalb ferner Wert darauf gelegt haben, daß Alt-Scherbitz für die Zukunft in volle Konkurrenz mit der Mutteranstalt Nietleben trete, und wird endlich den größten Wert darauf gelegt haben, daß ganz besonders auch die „frischen Fälle" der neuen Anstalt zugeführt würden, um speziell an diesen die Erfolge der Alt-Scherbitzer Behandlungsweise beobachten zu können. Daß die Anstalt Alt-Scherbitz die Gestalt gewonnen hat, wie sie heute schon dasteht, ist Ew. Hochwohlgeboren der Beweis, daß wir Mitglieder der Provinzialverwaltung und daß die Vertretung der Provinz selbst Professor *Koeppe* auf seinen immerhin neuen Wegen zu folgen bereit gewesen sind. Das Ziel war unbedingt des Versuches wert, und wenn die Resultate des Versuches dann auch wirklich zu Modifikationen nötigen sollten, würde man doch in hohem Maße beklagen müssen, wenn, ehe solche Resultate überhaupt vorliegen können, mit dem Tode des Begründers der Versuch aufgegeben werden sollte." *Hitzig* solle eine gutachtliche Äußerung über seine Bedenken gegen die Einrichtung und Verwendungsweise sowie daran anschließend über die nach seiner Ansicht der Irrenanstaltsverwaltung zweckmäßigerweise zu gebende Organisation mitteilen, sei es auch unter



besonderer Berücksichtigung der Veränderungen, welche gegenüber den ursprünglichen Absichten durch den Tod des Geheimrats *Koeppe* nun einmal bedingt seien. Insbesondere möge sich *Hitzig* über folgende Fragen äußern: 1. evtl. beide Anstalten unter Oberleitung eines Direktors? 2. ist auf diesem Wege oder kann auch auf einem anderen Wege, nämlich a) durch Errichtung einer dritten Anstalt, in welcher alle Aufnahmen stattfinden, b) dadurch, daß alle Aufnahmen in Nietleben stattfinden und von hier nur diejenigen Kategorien von Kranken, welche sich für Alt-Scherbitz besonders eignen, - letzterer Anstalt überwiesen werden, dafür Sorge getragen werden, daß in Alt-Scherbitz nicht eine Überfüllung an nichtkolonisierbaren Kranken eintritt, während es an kolonisierbaren fehlen würde? 3. ist es in jedem der vorberegten Fälle möglich, die Kategorien von solchen Kranken, welche von vornherein, und von solchen, welche erst nach längerer Beobachtung an die Alt-Scherbitzer Anstalt abgegeben werden können, so abzugrenzen, daß auf diese Unterscheidungen für die Zuweisungen von Kranken an die eine oder die andere Anstalt administrative Vorschriften zu gründen sind, und daß der bei der Einrichtung von Alt-Scherbitz maßgebende Grundgedanke, wenn auch in modifizierter Weise, beizubehalten ist? „Gerade wegen der Notwendigkeit, über diese wichtigen Prinzipienfragen zunächst Klarheit zu gewinnen, hat der Provinzialausschuß z. Zt. von jeder Entscheidung in bezug auf die Besetzung der Scherbitzer Direktorstelle abgesehen. Die Personen sollen aber die Träger der Institutionen sein."

Professor *Hitzig* erstattete sein Gutachten am 8. 7. 79. Er erklärte zunächst, daß die Prinzipien, von denen *Koeppe* bei der Gründung von Alt-Scherbitz sich leiten ließ, in allen Punkten die seinigen seien; Abweichungen beständen nur mit Rücksicht auf den Grad der Ausdehnung, welcher diesen Prinzipien bei ihrer praktischen Durchführung gegeben werden könne. Nach dem Vortrage von *Koeppe* [6]), auf welchen sich *Hitzig* bezieht, handele es sich um zwei Gesichtspunkte: 1. diejenige Verpflegungsform ausfindig zu machen, in welcher sich die Kranken am wohlsten fühlten, und durch welche gleichzeitig, vielleicht gerade dadurch, dem Heilzweck am besten genügt werden könnte, 2. sollte diese Verpflegungsform auch in volkswirtschaftlicher Beziehung die beste sein, d. h. die Kranken sollten billiger als bisher untergebracht werden und keine irgendwie verwertbare Arbeitskraft sollte für die Produktion verloren gehen. *Koeppe* habe die Lösung beider Fragen in der Schaffung einer Anstalt gefunden, in der die Kranken in der freiesten Form, auf die mannigfachste Weise und unter Ausschluß jedes nicht ärztlich begründeten Zwanges beschäftigt werden könnten. An Versuchen im kleinen nach der gedachten Richtung hin habe es nicht gefehlt, aber freilich sei die praktische Ausführung im großen und auf der Basis, wie sie *Koeppe* im Auge hatte oder wenigstens nach außen hin vertreten habe, noch nicht versucht worden, so daß ein Zweifel an ihrer Durchführbarkeit in diesen Grenzen wohl gerechtfertigt erscheine. *Hitzig* spricht dann davon, daß Alt-Scherbitz wie Nietleben bald überfüllt sein würden, daß in Alt-Scherbitz wenig Plätze zur Verfügung ständen und dann die Anstaltsdirektion in Alt-Scherbitz sich aus den Aufnahmeanträgen die ihr am meisten konvenierenden Krankheitsfälle aussuchen und den Rest der Anstalt Nietleben überweisen würde.



Tatsächlich würde Alt-Scherbitz das Recht der Auswahl unter den Kranken haben, sich die Mehrzahl der primären Fälle aussuchen, Nietleben zur Pflegeanstalt werden. Dann würde es aber nicht mehr möglich sein, den Anforderungen des klinischen Unterrichts gerecht zu werden. Unter den soeben angenommenen Bedingungen könne Alt-Scherbitz in seiner projektierten Anlage allerdings den von *Koeppe* gemachten Voraussetzungen entsprechen, nur dürfe dann die Möglichkeit der Auswahl unter einer größeren Zahl von Anmeldungen, der Überweisung des gesamten Restes nach Nietleben oder einer anderen Anstalt nicht fehlen. Ganz anders würden sich die Dinge gestalten, wenn die Zahl der Anmeldungen sowie die Zahl der Aufnahmen etwa gleich groß ausfiele, und es sei ihm in der Tat fraglich, ob *Koeppe* auf diese Eventualität überhaupt gerechnet habe. Eine Menge von Kranken passe einmal nicht für Alt-Scherbitz. Kranke mit intensivem Selbstmordtrieb seien dort überaus schwer zu überwachen, eine einigermaßen erhebliche Anhäufung von gewalttätigen, zerstörungssüchtigen, unreinlichen oder lärmenden Kranken wäre dort unmöglich. Endlich würde eine größere Anzahl von gebrechlichen, apathischen oder sonst arbeitsunfähigen Patienten einen schwer zu bewältigenden Ballast für den eigenartigen Betrieb der dortigen Anstalt bilden. Er könne sich nicht denken, daß unter solchen Verhältnissen die Sicherheit der Kranken und des Publikums genügend gewährleistet, die Rentabilität des Unternehmens hinreichend gesichert sein könnte. Vielmehr dränge sich ihm die Befürchtung auf, daß jetzt tendenziös und ohne sicheren Boden erhobene Beschwerden dann eine tatsächliche Basis gewinnen möchten. Wenn nun *Koeppe* die Ansicht habe durchblicken lassen, daß die Kranken in Alt-Scherbitz sich bald den gegebenen Verhältnissen adaptieren würden, so könne er das in der für die vorhandenen Einrichtungen notwendigen Ausdehnung als richtig keineswegs zugeben, und die bisher in Alt-Scherbitz gemachten Erfahrungen sprächen auch keineswegs dafür. *Koeppe* habe sich aus Nietleben im Laufe der Zeit aus mindestens 1000 Kranken, die er schon kannte, diejenigen aussuchen können, die ihm für Alt-Scherbitz am geeignetsten erschienen, in einer Zahl von 297, von denen 46 nach Nietleben zurückversetzt wären. *Hitzig* führt weiter aus, daß, wenn der Umfang der Kolonie auf mehr als das doppelte der Zentralanstalt gestiegen wäre und der von Nietleben überkommene Stamm von Kranken größtenteils verschwunden sein würde, dann die Sache so nicht fortgeführt werden könnte. Die psychiatrische Erfahrung spreche dafür, daß nur etwa $1/3$ der Geisteskranken sich für die koloniale Verpflegung eigne, und das, was er bisher von dem Einflusse des Alt-Scherbitzer Lebens gesehen habe, sei keineswegs geeignet gewesen, diese Ansicht so ganz und gar umzustoßen. Allerdings sei ihm die wohltätige Wirkung der dortigen Einrichtungen auf das körperliche und geistige Befinden, insbesondere auch auf die Arbeitsfähigkeit vieler Kranker durchaus nicht entgangen, aber bei der immerhin approximativen Annahme jener Verhältniszahl seien diese Effekte schon mit in Rechnung gestellt. *Koeppe* habe übrigens die Zahl der Arbeitsfähigen selbst auf etwa 50 % taxiert. Nähme man auch diese Basis an, so wüßte er doch nicht, was man in Alt-Scherbitz mit 50 %, also etwa 250 Nichtarbeitenden anfangen solle. Hinsichtlich der Beantwortung



der ihm gestellten Fragen äußerte sich *Hitzig* folgendermaßen: zu 1, die Unterstellung der beiden Anstalten unter einen Direktor wäre zwar möglich, aber nicht zweckmäßig; zu 3, es sei nicht möglich, administrative Vorschriften so zu formulieren, daß auf Grund derselben eine zweckmäßige Verteilung der Geisteskranken nach Nietleben oder Alt-Scherbitz durch irgendeine andere Instanz als die eines Fachmanns, der nach Bedürfnis Gelegenheit zu längerer Beobachtung habe, vorgenommen werden könnte.

Die Frage 2a richte sich auf Erbauung einer dritten Anstalt. Das Bedürfnis nach einer solchen mit einer Zahl von etwa 500 Betten dürfte sich Ende 1882 bemerkbar machen. *Hitzig* schlägt nun ferner für Halle im Sinne der Vorschläge *Griesingers* ein klinisches Asyl mit 120 Plätzen für klinische und akademische Zwecke vor, welches alle Aufnahmen zu vermitteln hätte, in der Nähe der übrigen klinischen Anstalten der Universität Halle. Dann würde ein ganz unparteiischer Sachverständiger mit der zweckmäßigen Verteilung der Kranken an die einzelnen Anstalten betraut sein. Die Frage 2b, ob alle Neuaufnahmen erst nach Nietleben kommen und von dort diejenigen Kategorien, die sich für Alt-Scherbitz eignen, letzterer Anstalt überwiesen werden sollten, beantwortete *Hitzig* dahin, daß ihm dieser Weg für die gegenwärtige Situation einzig und allein möglich erschiene, wenn man die Realität der von ihm ausgesprochenen Befürchtungen überhaupt anerkenne. Denn selbst wenn man an eine Erweiterung des Zentralasyls in Alt-Scherbitz oder an die Errichtung einer dritten Anstalt denke, so würde ein Zeitraum von mehreren Jahren vergehen. Nachteile davon glaubt *Hitzig* für Alt-Scherbitz von seinem Vorschlage nicht befürchten zu müssen, insbesondere nicht, daß Nietleben, für welches er zugleich einige Neubauten vorschlägt, alle heilbaren Fälle für sich behalte und Alt-Scherbitz zu einer reinen Pflegeanstalt herabdrücke. Er regt dann einen Austausch von Kranken zwischen beiden Anstalten an. Manche in Nietleben nicht beschäftigte Kranke hätten bald nach ihrer durch ihn veranlaßten Überführung nach Alt-Scherbitz zu arbeiten begonnen, und es sei sicher, daß solche Fälle sich in großer Anzahl wiederholen würden. Ebenso machte die Rekonvaleszenz von Kranken, die von Nietleben nach Alt-Scherbitz verlegt worden wären, in Alt-Scherbitz schnellere Fortschritte. Sollte die Entscheidung dahin fallen, daß die völlige Gleichberechtigung von Nietleben und Alt-Scherbitz aufrechterhalten werden sollte, so dürfte eine Erweiterung der Zentralanstalt in Alt-Scherbitz als zweckmäßig erscheinen, wenn die Zahl der dort verpflegten Kranken auf 400 angewachsen sein würde. *Hitzig* faßt schließlich seine Vorschläge dahin zusammen: Abänderung der Aufnahmebestimmungen dahin, daß zunächst, und zwar versuchsweise während der nächsten zwei Jahre, alle Aufnahmen nach Nietleben stattzufinden hätten und von hier aus die Abgabe der für Alt-Scherbitz besonders geeigneten Kranken nach dorthin erfolge; für später die Schaffung einer Aufnahmestation von etwa 120 Betten in Gestalt eines klinischen Asyls in der Nähe von Halle unter Beihilfe des Staates und evtl. der Stadt Halle. Der Landesdirektor Graf Wintzingerode erkannte, wie aus seinen Randbemerkungen zu ersehen ist, sogleich, daß diese Stellungnahme *Hitzigs* durch seine Tätigkeit als Universitätspro-



fessor und klinischer Lehrer der Psychiatrie erheblich beeinflußt war. Daß *Koeppe* sich für die ersten Anfänge und in der Absicht, sich selbst für die Einrichtung von Alt-Scherbitz brauchbares Material dahin zu schaffen, die Kranken in Nietleben passend ausgesucht habe, erschien ihm durchaus berechtigt. Hinsichtlich der Frage nach dem Verhältnis der kolonisierbaren zu den nicht kolonisierbaren Kranken bemerkt er mit Recht, daß darin die Erfahrungen wohl noch nicht abgeschlossen wären; das sei es gerade, worin die große Anlage von Alt-Scherbitz auch der Wissenschaft und der gesamten Psychiatrie einen Dienst leisten solle; dazu gehörten aber direkte Aufnahmen aller Art Kranker. Bei dem Vorschlage *Hitzig*s, daß der Leiter des gedachten klinischen Asyls in Halle, dem alle Aufnahmen zugingen, dann unparteiisch die Verteilung der Kranken auf die anderen Landesanstalten vornehmen solle, erwähnt der Landesdirektor, daß diesem Leiter selbst die ausgiebigen Erfahrungen willkommen sein müßten, die man bei unbehinderter Aufnahme in Alt-Scherbitz erst noch machen könnte. Er sieht auch voraus, daß der Professor an der Universität die Fälle in Nietleben behalten würde, die ihm für seine Vorträge von besonderem Interesse wären, und daß dadurch das Bild dessen gestört würde, was mit Alt-Scherbitz zu erreichen wäre.

Nunmehr entschloß sich die Landesdirektion, noch eine andere Autorität zu der Frage zu hören, und der Landesdirektor wandte sich deshalb an Professor *Ludwig Meyer* in Göttingen, welchem er das Gutachten des Professor *Hitzig* übersandte, und den er um eine persönliche Aussprache ersuchte. Diese Unterredung fand am 8. 8. 79 in Göttingen statt.

Inzwischen war auch in den ersten Tagen des August der Bericht des stellvertretenden Direktors *Paetz* über Alt-Scherbitz für die Zeit vom 1. 7. 78 bis 31. 3. 79 bei der Landesdirektion eingetroffen. *Paetz* wies bei der Besprechung der unglücklichen Tat jenes Geisteskranken an der Hand einer ausführlichen Literaturübersicht, der Erfahrungen in der geschlossenen Anstalt Nietleben und auf Grund eigener Wahrnehmungen darauf hin, daß ähnliche gewalttätige Handlungen selbst bei der sorgsamsten Aufsicht in Irrenanstalten verübt würden, und daß weder Mauern noch Gitter noch Abschließung der Anstalt nach außen hin durch Verlegung der durch das Anstaltsgebiet führenden Chaussee imstande sein würden, Unglücksfälle zu verhindern. Er konnte jetzt auch darauf hinweisen, daß das Publikum sich inzwischen wieder beruhigt habe. Über die Erfolge der Anstalt konnte sich *Paetz* günstig aussprechen; er schilderte den günstigen Einfluß der Alt-Scherbitzer Verhältnisse auf die aus Nietleben versetzten Kranken, von denen die meisten zu arbeiten begonnen hätten. „Die direkt aufgenommenen Kranken kennen keine andere Anstaltsordnung, als daß jeder körperlich Gesunde sich beschäftigen muß, bei ihnen begegnet man fast gar keinem Widerspruch... Von den direkt aufgenommenen Kranken erzielt man einen ungleich höheren Prozentsatz von Arbeitskräften als von denen, die bereits in alten geschlossenen Anstalten verpflegt wurden, und darin liegt der hauptsächlichste Grund, aus dem sich bei uns das Verhältnis der arbeitenden zu den nicht arbeitenden Kranken bedeutend günstiger stellen wird, als man dies in jeder alten geschlossenen Anstalt gewöhnt ist. Ich sehe

dabei von der bevorzugten Situation ab, zu der der hiesigen Anstalt durch die bis zum 31. 3. 79 gewährten Erlaubnis, sich aus den Nietlebener wie aus den neu aufzunehmenden Kranken die besten auszuwählen und die für die hiesigen Verhältnisse ungeeigneten nach Nietleben zurückversetzen zu dürfen, verholfen war. Dieser Einrichtung hat Alt-Scherbitz allerdings das momentane abnorm günstige Verhältnis zu verdanken; dasselbe muß und wird in Zukunft schlechter werden, sich aber immer günstiger als in jeder geschlossenen Anstalt gestalten." *Paetz* äußerte sich dann weiter: „Mit der Zunahme des Prozentsatzes der arbeitsfähigen Kranken geht fast Hand in Hand das günstigere Verhältnis der kolonisierbaren zu den nicht kolonisationsfähigen Elementen, obgleich hier noch eine Reihe anderer wichtiger Momente von Einfluß ist, auf die einzugehen hier nicht der Ort ist. Es werden hier durchschnittlich beschäftigt 88,5 %, davon sind fleißig 77 %; als kolonisationsfähig gelten 66²/₃ %. Wenn man von fast allen anderen Irrenärzten auch andere weniger günstige Zahlen über die beregten Verhältnisse nennen hört als sie in Alt-Scherbitz geläufig sind, so hat dies seinen Grund eben nur darin, daß die in alten geschlossenen Anstalten zu machenden Erfahrungen eben andere sind und andere bleiben müssen als die unsrigen." *Paetz* wies auch darauf hin, daß keine Krankheitsform von der Aufnahme ausgeschlossen war, und daß bei allen Kranken, auch bei den sekundär gestörten und epileptischen, der wohltuende Einfluß auf das geistige und körperliche Befinden evident gewesen sei. Schließlich konnte *Paetz* noch darauf aufmerksam machen, daß das Alt-Scherbitzer Unternehmen immer mehr zunehmende Anerkennung von irrenärztlichen Kreisen und Behörden des In- und Auslandes erfahre, daß eine Reihe von preußischen Provinzen, deutschen und außerdeutschen Staaten Kommissionen nach Alt-Scherbitz entsandt hätten. In Ost- und Westpreußen habe man die Erwerbung von Landgütern zu Anstaltszwecken ins Auge gefaßt; selbst in Mähren sei der Vorschlag, eine Anstalt nach Alt-Scherbitzer Grundsätzen zu errichten, durchgedrungen.

Unmittelbar nach der persönlichen Verhandlung mit Professor *Ludwig Meyer* richtete nun der Landesdirektor Graf von Wintzingerode am 11. 8. 79 noch ein amtliches Schreiben an *Meyer*, aus welchem der Inhalt ihrer Verhandlungen hervorgeht. Er schrieb: „Gelegentlich der Vorbereitungen für die Wiederbesetzung der Direktorstelle zu Alt-Scherbitz, welche durch den Tod unseres hochverdienten Professors *Koeppe* erledigt worden ist, sind wegen der Beziehungen dieser Anstalt zu der jetzt unter der Direktion von Professor *Hitzig* stehenden Provinzialanstalt zu Nietleben sowie wegen der Prinzipien, nach welchen die Aufnahme in jene Anstalt zu erfolgen haben wird, lebhafte Erörterungen gepflogen. So bewußt Professor *Koeppe* und mit ihm die an der Ausführung beteiligten provinziellen Organe bei der neuen Schöpfung in Alt-Scherbitz von der Voraussetzung ausgegangen waren, daß die auf einem größeren Rittergutsareale zu erbauende Anstalt dem System der Kolonisation und einer möglichst ausgiebigen Beschäftigung der Kranken im landwirtschaftlichen Betriebe zu folgen, daß man hiervon sowohl für die Heilzwecke als auch in finanzieller Beziehung die relativ günstigsten Erfolge zu erwarten habe, und so dringend wünschenswert es erschien, auch nach dem



Tode des Begründers und ersten Direktors der Anstalt die Einhaltung der eingeschlagenen Bahnen dadurch zu sichern, daß derselben die volle Selbständigkeit unter einer neuen tüchtigen Kraft gewahrt werde, so machten sich doch auch Strömungen geltend, welche auf eine Beschränkung der direkten Krankenaufnahmen der Alt-Scherbitzer Anstalt gegenüber Nietleben abzielten. Eine derartige Begünstigung der Nietlebener Anstalt mag im Interesse der letzteren, im Interesse der Lehrtätigkeit ihres gegenwärtigen Leiters liegen. Aber sie kann, abgesehen von anderen, davon abratenden Gründen nicht dazu dienen, zu einer klaren Erkenntnis der mit Alt-Scherbitz zu erzielenden Erfolge zu führen, und birgt die Gefahr, letztere Anstalt in eine von der Nietlebener abhängige Lage zu bringen, mit welcher sich eine für die Direktion von Alt-Scherbitz zu suchende tüchtige Kraft gewiß am wenigsten einverstanden erklären könnte. Ew. Hochwohlgeboren würden mich zu großem Danke verpflichten und der Sache einen wesentlichen Dienst leisten, wenn Sie die Güte haben wollten, die Anlagen einer Durchsicht zu unterwerfen und aus Ihren reichen Erfahrungen heraus mir über die von Herrn Professor *Hitzig* gemachten Vorschläge, insbesondere aber darüber, ob mit denselben die erforderliche Selbständigkeit für die Anstalt Alt-Scherbitz und ihren zukünftigen Leiter zu wahren sein würde, Ihre gutachtliche Äußerung zugehen zu lassen."

Professor *Ludwig Meyer* äußerte sich am 15. 8. 79 bezüglich des Vorschlags, die Aufnahmen sämtlich zunächst nach Nietleben, später in das zu erbauende Asyl zu senden und von dort aus an die anderen Anstalten zu verteilen, folgendermaßen: „Es erscheint mir wesentlich und hebt sofort den Kernpunkt des Vorschlags hervor, wenn die Frage nach dem Bestehen und evtl. Bewähren dieser oder ähnlicher Einrichtungen gestellt wird. Meines Wissens sind nun überall die Aufnahmen Geisteskranker oder doch die Empfehlung der Aufnahmeanträge an die entscheidende Oberbehörde in die Hand des Direktors jeder einzelnen Anstalt gelegt, obwohl in den verschiedenen Staaten und Provinzen sehr oft einzelne Anstalten vorzugsweise bestimmten irrenärztlichen oder administrativen Zwecken dienen (reine Heil-, Pflege- und Heilanstalten, Kolonien usw.) und also auch dort eine Einrichtung, wie die von Professor *Hitzig* gewünschte, sehr nahe lag. Daß diese Einrichtung nun nirgends besteht, vielleicht nicht einmal empfohlen wurde, hat offenbar seinen Hauptgrund in der Scheu, die Selbständigkeit der Leitung der von ihren Aufnahmen abhängigen Anstalten in schwerer Weise zu schädigen und unabwendbare Kollisionen herbeizuführen zwischen den Direktoren der betreffenden Anstalten. Es bedarf kaum eines Hinweises, daß diese Erwägungen für eine in der ersten Entwicklung begriffene, vorgeblich ganz neuen Zielen (oder diesen doch in einer bisher nicht bewährten Ausdehnung) zustrebende Anstalt, deren Direktorstelle noch dazu gerade neu zu besetzen ist, doppelt schwer ins Gewicht fallen. Wenn es fraglich ist, ob eine bedeutendere, selbständige Kraft sich unter den gedachten Voraussetzungen zur Übernahme der Alt-Scherbitzer Stellung bereitfinden wird, so ist um so weniger zweifelhaft, daß das Verantwortlichkeitsgefühl in bedenklicher Weise herabgedrückt und von vornherein der Keim zu Zerwürfnissen gelegt würde, deren Folgen sehr wahrschein-



lich selbst für die Stellung des Direktors in Nietleben die von ihm gehofften Vorteile illusorisch machten. Dann erscheint es mir sehr wenig rücksichtsvoll gegen die Ärzte der Provinz und deren Einwohner überhaupt, wenn ihnen, ohne Not, jeder Einfluß auf die Wahl des künftigen Aufenthalts ihrer Geisteskranken genommen wird, und darf man nach menschlichem Ermessen auch nach dieser Richtung hin Kollisionen erwarten. Die angeführten Momente, namentlich aber die Rücksicht auf ein selbständiges, energisches Wirken des Alt-Scherbitzer Direktors wären für mich ausschlaggebend, auch wenn ich die von Professor *Hitzig* hervorgehobene Befürchtung der großen Benachteiligung Nietlebens durch das besser situierte Alt-Scherbitz für durchaus begründet hielte." *Meyer* führt dann näher aus, warum er diese Befürchtungen *Hitzig*s nicht für begründet halte. Er weist darauf hin, daß die Erlangung geeigneter klinischer Geisteskranker durch Verlegung von Alt-Scherbitz um so geringeren Schwierigkeiten unterliegen würde, je mehr es in der Hand der Nietlebener Anstalt liege, die kolonialen Zwecke ersterer Anstalt zu fördern. Er fährt dann fort: „Denn wenn ich nicht anstehe, die seitens des verstorbenen Professors *Koeppe* gestellte Aufgabe in Übereinstimmung mit Professor *Hitzig* als zu weit gegriffen zu erklären, so wird sie auch nicht in beschränkterem Maße erreicht werden ohne Abtretung rüstiger, arbeitsfähiger Geisteskranker der Nietlebener Anstalt."

Diese Ausführungen des Professors *Meyer* beseitigten nun, zumal bei den günstigen Resultaten, die er mit *Koeppe*s Vorgehen bereits jetzt für erzielt hielt, die letzten Zweifel des Grafen von Wintzingerode. Er entschloß sich, die Gleichberechtigung der Alt-Scherbitzer Anstalt mit Nietleben aufrechtzuerhalten, und betonte gegenüber der auch von *Meyer* ausgesprochenen Ansicht, daß *Koeppe* in dem Maße seiner Erwartungen zu weit gegangen sei, daß man hierin die zu machenden Erfahrungen abwarten wolle. Den angeregten Gedanken eines Austausches von Kranken zwischen beiden Anstalten gedachte er gegebenenfalls weiter zu verfolgen.

Im September 1879 schloß sich auch der Provinzialausschuß den Vorschlägen des Landesdirektors an; er erklärte, daß ihm nunmehr jeder Zweifel behoben sei, und beschloß an der durch das Reglement bestimmten Selbständigkeit von Alt-Scherbitz und der völligen Trennung von Nietleben festzuhalten, da die bisher gemachten Beobachtungen es in keiner Weise angezeigt erscheinen ließen, an dem bei der Einrichtung verfolgten System der Kolonisation der Kranken irgendetwas zu ändern. In die Beratung der Vorschläge zur Wahl des künftigen Direktors der Anstalt wurde noch nicht eingetreten.

Je mehr man sich nun mit dieser letzteren Frage beschäftigte, um so mehr kam man bei den leitenden Stellen zu der Überzeugung, daß der geeignetste Mann zur Weiterführung des von *Koeppe* begründeten Werkes in seinem Sinne sein Schüler und erster Gehilfe bei der Einrichtung von Alt-Scherbitz sei, der ja einstweilen die Leitung seiner Schöpfung übernommen und seine Befähigung dazu erwiesen hatte. Mit Rücksicht auf sein damals noch verhältnismäßig jugendliches Alter übertrug daher der Provinziallandtag am 1. 1. 1880 *Paetz* die Direktion der Anstalt zunächst kommissarisch, eine reine Formalität, welcher am 1. April 1882 die endgültige Anstellung folgte.

Damit war die durch den plötzlichen und frühen Tod *Koeppes* hervorgerufene Krise, welche die Entwicklung der Anstalt in der von *Koeppe* beabsichtigten Weise schwer bedroht hatte, zugunsten von Alt-Scherbitz beendet. Der weitere Ausbau, nun ein Werk von *Paetz*, erstreckte sich nach zwei Richtungen, einmal auf Errichtung der Kolonie, sodann auf Erweiterung der Zentralanstalt zwecks Durchführung der neueren Behandlungsmethoden für erregte und überwachungsbedürftige Kranke, insbesondere auch für frische Aufnahmen. Denn *Paetz* hat stets den größten Wert darauf gelegt und in einem Berichte an die Landesdirektion ausdrücklich darum gebeten, daß der Anstalt Kranke aller Art, ohne alle Auswahl und ohne allen Unterschied mit Ausnahme der Strafgefangenen überwiesen würden. Ihm war daran gelegen, von vornherein dem Einwande zu begegnen, daß es kein Kunststück sei, zu kolonisieren und mit den freien Verhältnissen zu wirtschaften, wenn man sich die Kranken aussuchen könne, und nachzuweisen, daß die Einrichtungen von Alt-Scherbitz allen Anforderungen gewachsen seien. Die Einzelheiten der Entwicklung der Anstalt bis zum Jahre 1892 hier darzustellen erübrigt sich, da *Paetz* hierüber alle wünschenswerten Angaben in seinem Buche über die Kolonisierung der Geisteskranken gegeben hat. Es sei mir nur gestattet, einige mehr allgemeine Betrachtungen über die weitere Entwicklung von Alt-Scherbitz hier anzuschließen.

Hinsichtlich des Ausbaus der Kolonie konnte *Paetz* von *Koeppe* nur die Dispositionen über die allgemeine Lage, die ja durch die Eigenart des Geländes, die Lage des Gutes und Dorfes bestimmt war, und für den Bau der beiden ersten Villen auf jeder Geschlechtsseite einige Skizzen übernehmen. Diese sind auch bei der Ausarbeitung der Baupläne berücksichtigt worden. Für alle anderen Villen und sonstigen Anstaltsgebäude hat *Paetz* die Pläne selbst entworfen. Es wurden auf der Frauenseite 5, auf der Männerseite 7 Villen errichtet; je eine derselben war nur für Kranke der 1. und 2. Klasse bestimmt, in einer Villa wurde das Erdgeschoß als Arztwohnung, das Obergeschoß noch für 5—6 Kranke der 1. Klasse eingerichtet, das letztere indeß später ebenfalls in eine Arztwohnung umgewandelt. Es wurde später auf der Männerseite für einen begüterten Pensionär und auf dessen Kosten eine achte Villa gebaut mit dem Vorbehalt, daß sie nach seinem Ableben in den Besitz der Anstalt überginge. Sie wird, wenn dieser Fall eintreten sollte, voraussichtlich als Arztwohnung benutzt werden. In dieser Kolonie wurde den Kranken bei offenen Türen und voller Bewegungsfreiheit, die nur durch die Bindung an eine Hausordnung eingeschränkt war, damit der wirtschaftliche Betrieb seinen geordneten Gang gehen konnte, ein von allen Sorgen freies, durch Arbeit und geregelte Tätigkeit an Wochentagen, Erholung und Zerstreuung durch Spaziergänge, Kegelspielen und andere Vergnügungen an Sonntagen abwechslungsreiches und so für ihr geistiges Befinden höchst zuträgliches Dasein geschaffen, welches sich diejenigen, die dazu noch das Bedürfnis fühlten, auch nach ihren besonderen Neigungen noch individuell gestalten konnten. Der günstige Einfluß dieser Verhältnisse auf den Geisteszustand der Kranken kann nicht überschätzt werden und wurde stets sowohl von allen Kranken, die dafür noch irgendwelches Verständnis hatten, lebhaft empfunden, als auch von deren Angehörigen hoch bewertet.



Die von *Paetz* erbauten Pavillons der Zentralanstalt schufen für die damalige Zeit neuartige Einrichtungen zur Behandlung der Geisteskrankheiten im frischen Stadium, bei Exazerbationen sowie bei notwendiger dauernder Überwachung durch Errichtung von Einzelhäusern mit Wachabteilungen zwecks Durchführung der Bettbehandlung. Die Einführung der systematischen Bettbehandlung erfolgte bekanntlich in Deutschland zuerst in Hamburg und Göttingen durch *Ludwig Meyer*, welcher sie auch für Marburg vorsah, sowie in Bremen durch *Scholz*, nachdem bereits *Gudden* in Werneck die zu überwachenden Kranken abends in sogenannte Wachzimmer hatte zusammenlegen lassen. Aber die Kenntnis dieser Vorgänge war unter den damaligen Irrenärzten nicht sehr verbreitet, sagt doch *Klinke* [7]), daß an den schlesischen Anstalten die allgemeine Anwendung der Bettruhe bis zum Jahre 1889 so gut wie unbekannt gewesen sei und erst auf Anregung von *Clemens Neißer* [8]), der sie in Marburg und Alt-Scherbitz kennengelernt hatte, in Leubus eingeführt wurde. Die allgemeine Erörterung dieser Fragen begann erst nach einem Vortrage *Guddens* [9]) 1885, welchem dann der Vortrag von *Paetz* [10]) auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Wiesbaden 1887 und eine Arbeit von *Scholz* [11]) folgten.

Ohne Kenntnis und daher unabhängig von den obenerwähnten Vorbildern hatte *Paetz* bereits, wie er schon im Jahresberichte über die Zeit vom 1. 4. 79 bis 31. 3. 1880 und in dem eben erwähnten Wiesbadener Vortrage schildert, in dem noch von *Koeppe* gebauten, aber erst nach dessen Tode völlig fertiggestellten Lazarett für körperlich Kranke neben diesen auch die aus psychischen Gründen der Bettruhe Bedürftigen behandelt. Damit hatte er zugleich eine ganz erhebliche Einschränkung in der Benutzung der wenigen vorhandenen Isolierzimmer erzielt, was ihn bald zu dem Entschlusse führte, die 3 bei jeder Beobachtungsstation vorhandenen Isolierzimmer aufzuheben und sie durch Entfernung der Fenstergitter sowie der sie untereinander trennenden Zwischenwände in Garderobenräume zu verwandeln. Da aber das Zusammensein mit schwer körperlich Kranken für die nur aus psychischen Gründen zu Bett gelegten Patienten manche Nachteile ergab, so begann *Paetz* bald die Errichtung besonderer Überwachungsabteilungen in Gestalt selbständiger, eigens für diesen Zweck konstruierter und eingerichteter Pavillons ins Auge zu fassen. So entstand zunächst je eine solche Überwachungsabteilung für Kranke der 3. Klasse auf jeder Geschlechtsseite, in dem freundlichen Stile einer ländlichen Villa gebaut und nach dem System der Diele eingerichtet. Diese Abteilungen, denen, weil sie die ersten ihrer Art waren, eine gewisse historische Bedeutung zukommen dürfte, haben sich in allen ihren Einrichtungen derart bewährt, daß trotz ihrer nun schon vierzigjährigen Benutzung ein Bedürfnis zu irgendwelcher Änderung nicht hervorgetreten ist. Wenn man nun die von *Paetz* erbaute Wachstation mit den damals in Friedrichsberg, Göttingen, Marburg und Bremen vorhandenen Einrichtungen vergleicht, so wird man den Fortschritt, der hier inbezug auf die Zweckmäßigkeit der Anlage erzielt wurde nicht bestreiten können. In den drei erstgenannten Anstalten waren die Abteilungen für Bettbehandlung in dem großen Hauptgebäude neben den Verwaltungsräumen mit enthalten, alle Zimmer lagen nebeneinander an

einem großen Korridor; in Bremen war die Wachabteilung durch einen langen Korridor gewissermaßen in drei einzelne kleinere Abteilungen zerlegt, indem der eigentliche Wachsaal mit zwei kleineren Nebenzimmern auf der einen Seite des Korridors lag, der Tagesraum mit 2 Rekonvaleszentenzimmern und einem Zimmer für das Pflegepersonal auf der anderen Seite des Korridors sich befand und quer vor dem einen Ende des Korridors noch zwei Reconvaleszentenzimmer und das Eßzimmer lagen. Da, wie *Scholz* auch noch 1894 in seinem Büchlein „Über Fortschritte in der Irrenpflege“ [12]) zugibt, die sog. Rekonvaleszentenzimmer infolge der Überfüllung der Anstalt nicht immer ihrem eigentlichen Zwecke erhalten bleiben konnten, so wird man seiner Meinung von der großen Übersichtlichkeit seiner Wachabteilung nicht ganz beipflichten können.

Paetz dagegen errichtete ein eigenes Haus und gruppierte unter Benutzung eines nur kleinen Treppenflurs die Krankenräume derart, daß sie untereinander zusammenhingen und mit wenig Personal leicht zu übersehen waren. Infolge dieser leichten Übersichtlichkeit konnte er nun auch auf jegliche Mauern und Fenstervergitterungen verzichten und schuf damit jenen Typus von Wachstationen, der von nun an für die Anlage solcher Abteilungen vorbildlich wurde und bei wohl allen Anstalten Aufnahme gefunden hat. Nach dem gleichen bewährten Grundrißprinzip und in demselben Landhausstil wurde noch je ein Gebäude als Aufnahme- und Überwachungsstation für Kranke 1. und 2. Klasse gebaut, das nur mit Rücksicht auf den den Kranken dieser Verpflegungsklassen zustehenden Anspruch räumlich entsprechend reichlicher bemessen ist. Es wurde weiterhin, um eine Scheidung der ruhigen, sozialen von den unruhigen, insozialeren Kranken der 3. Klasse herbeizuführen, eine weitere geschlossene Abteilung mit Wachabteilung errichtet, deren Betrieb von dem früheren Oberarzte Dr. *Groß* (späterem Direktor der oberelsässischen Anstalt Rufach) in einer besonderen Abhandlung geschildert worden ist [13]). In allen Einzelkrankenzimmern wurden feste, aus Eisen und Hartglas nach einer von *Paetz* selbst angegebenen Konstruktion hergestellte Fenster eingebaut [14]). Das von *Koeppe* erbaute Lazarett erweiterte *Paetz* zweimal durch Vergrößerung des Krankensaales und Anbau eines Tagesraumes, später durch Hinzufügung einer Garderobe und eines besonderen Pflegerzimmers und Vergrößerung des Badezimmers.

Die Mauern, welche *Koeppe* zur Verbindung der einzelnen Gebäude der Zentralanstalt wie zur Abschließung der Gärten nach außen hatte aufführen lassen, ließ *Paetz* niederlegen und durch leichte, niedrige Lattenzäune ersetzen, um auch der Zentralanstalt nach außen hin den Eindruck der Geschlossenheit zu nehmen. Es wurde ferner auf dem zum Parke abfallenden Abhange ein Gesellschaftshaus gebaut, das 1885 in Gebrauch genommen und außer für gesellschaftliche Zwecke bis zum Herbst 1913 zur Abhaltung der Gottesdienste verwendet wurde.

Es sei schließlich einer auf dem Gebiete der Anstalt errichteten Sonderstiftung Erwähnung getan, des Siechenasyls Kaiser Wilhelm-Augusta-Stiftung, welches aus Anlaß der goldenen Hochzeitsfeier des Kaisers Wilhelm I. und der Kaiserin Augusta aus Mitteln gegründet wurde, die damals zu wohltätigen Zwecken gesammelt und durch Bei-

träge seitens der Provinzialverwaltung ergänzt worden waren. Es wurde bestimmt zur Aufnahme von unheilbaren, nicht gemeingefährlichen Geisteskranken, für welche damals eine gesetzliche Versorgungspflicht seitens der Provinzialverwaltungen noch nicht bestand. Es besteht aus je einem Pavillon für 80 männliche und 80 weibliche Kranke sowie einem Wohnhause für einen Arzt und einen Verwaltungsbeamten. Es wurde deshalb in Alt-Scherbitz errichtet, weil hier ausreichend Terrain vorhanden ist und durch die Vereinigung mit der Anstalt an Unterhaltungskosten gespart werden sollte.

Bei dem Umfange, in welchem sich Alt-Scherbitz im Jahre 1893 zur Zeit des Erscheinens des *Paetz*schen Buches „Über Kolonisierung usw." befand, ist es nun auf die Dauer nicht geblieben. Es war damals, das Siechenasyl eingeschlossen, mit 540 m. und 420 w., zusammen 960 Kranken belegungsfähig. Durch das Preußische Gesetz vom 11. Juli 1891 wurde die Fürsorgepflicht der Provinz, welche sich bis dahin nur auf die heilbaren und gemeingefährlichen unheilbaren Geisteskranken erstreckt hatte, nunmehr auf alle überhaupt der Anstaltspflege bedürftigen Geisteskranken sowie auf die Epileptischen und Blöden ausgedehnt, wodurch in dem Material, welches nun zur Aufnahme kam, eine erhebliche Veränderung eintrat. Die siechen, pflegebedürftigen und insozialen Kranken nahmen erheblich zu. Allein an Epileptischen und Blöden, für welche die Provinzialverwaltung bis dahin eine unmittelbare Fürsorge nicht ausgeübt hatte, befanden sich in der Provinz nach einer im Frühjahr 1891 durch die Kreisbehörden angestellten, möglichst sorgfältigen Zählung 1593 Epileptische und 2382 Blöde, von denen 336 Epileptische und 749 Blöde der Anstaltspflege bedürftig, aber darin noch nicht untergebracht waren (Verhandlungen des XII. Landtags der Provinz Sachsen 1892, Nr. 17). Zwar wurde zunächst durch die Errichtung der im Oktober 1894 eröffneten Landesheilanstalt Uchtspringe, welche anfangs hauptsächlich für Epileptische und Blöde sowie für Kinder bestimmt wurde, weiterhin durch die Einrichtung von Familienpflege in Gardelegen und Jerichow, dessen Zentralasyl nachträglich noch weiter ausgebaut wurde, endlich auch durch Versetzung in Privatanstalten für Unterbringung der Kranken gesorgt, es blieb aber doch nicht aus, daß die immer mehr zunehmende Zahl der pflegebedürftigen unheilbaren Geisteskranken die Provinzialverwaltung zu weiteren Anstaltsbauten zwang. Um den Bau einer ganz neuen Anstalt zu vermeiden, war von dem Provinziallandtage der Auftrag erteilt zu erwägen, ob die bestehenden Anstalten erweitert oder zur Entlastung derselben von den insozialen Kranken eine Pflegeanstalt in Verbindung mit einer der bestehenden Anstalten errichtet werden könnte. Da hierfür in Alt-Scherbitz die Verhältnisse am günstigsten lagen, so wurde die Errichtung einer Pflegeanstalt in Verbindung mit der Anstalt Alt-Scherbitz beschlossen, nachdem *Paetz* in einem Bericht vom 2. 11. 1900 die Verwirklichung dieses Planes für wohl durchführbar erklärt hatte, wenn der Anstaltsdirektor dadurch entlastet werde, daß die ärztliche Leitung der Pflegeanstalt einem älteren Oberarzte mit selbständigeren Befugnissen anvertraut werde; dieser müsse dem Direktor in der Weise unterstellt werden, daß letzterem nur die Oberaufsicht zu übertragen wäre und die Verwaltung mit derjenigen



der Anstalt in der gleichen Weise vereinigt würde, wie es mit dem Siechenasyl bereits der Fall war.

Der Bau der Pflegeanstalt begann 1902 und war 1906 beendet. Neu errichtet wurden 2 Häuser für je 50 m. und 2 große Häuser für je 90 m. und w. Kranke. Dazu wurde von der Hauptanstalt noch das Frauenasyl zu 80 Plätzen abgetreten, so daß in der Pflegeanstalt Plätze für 190 M. und 170 Fr. vorhanden waren. Aus Uchtspringe, Nietleben und Alt-Scherbitz wurden Kranke dorthin abgegeben, später hatte die Pflegeanstalt eigene Aufnahmen. Sie war bestimmt für unheilbare insoziale Kranke und wurde unter Oberleitung des Anstaltsdirektors von einem selbständiger gestellten Oberarzte geleitet. Die wirtschaftlichen Einrichtungen hatte sie mit der Hauptanstalt gemeinsam. Bei der Einrichtung der Häuser wurden die neuesten Erfahrungen im Anstaltsbau berücksichtigt. Die Abteilungen haben Zentralheizung, Zentralwarmwasserbereitung, teils Linoleum-, teils Torgamentfußboden. In dem obersten Geschosse und in den Kellerräumen des großen Männergebäudes sind für Werkstätten geeignete Räume vorhanden. Ebenso befinden sich an den letzteren Abteilungen große heizbare, aus Eisen und Glas hergestellte Liegehallen, um den bettlägerigen Kranken die Möglichkeit des Aufenthaltes in frischer Luft und Sonnenlicht zu gewähren.

Daneben wurden der stärkeren Belegung entsprechend die zentralen wirtschaftlichen Einrichtungen vergrößert, Küchengebäude und Waschhaus erheblich erweitert, große Magazinräume geschaffen und auch in der Hauptanstalt die hygienischen Einrichtungen durch Anlage von elektrischer Beleuchtung und einer biologischen Kläranlage den neuzeitlichen Anforderungen entsprechend verbessert. Ebenso wurde später das Gesellschaftshaus erweitert und eine eigene Kirche nebst Pfarrhaus gebaut, die im September 1913 eingeweiht werden konnte.

Durch den Neubau eines Wohnhauses für zwei Oberärzte wurde Raum im Verwaltungsgebäude gewonnen, indem die dort befindliche Wohnung des ersten Oberarztes zu Konferenzzimmern, Bibliothek, Dienstzimmern für Oberärzte, Laboratorien u. dergl. mehr verwendet wurde. Ferner wurde ein besonderes Wohnhaus für 4 unverheiratete Ärzte mit Kasinoräumen gebaut und 1906 bezogen. Endlich wurde 1912 noch ein Lazarett für körperlich Kranke mit besonderen Abteilungen für Infektionskranke geschaffen. Das Lazarettgebäude enthält in einem aus zwei symmetrischen Hälften bestehenden Bau die Krankenabteilungen jeder Geschlechtsseite, deren verbindendes Mittelstück ein modernes Operationszimmer mit auf jeder Seite sich anschließenden ärztlichen Untersuchungszimmern und den erforderlichen Wirtschaftsräumen bildet. Der Grundriß jeder Gebäudehälfte ist streng nach den von *Paetz* für Wachabteilungen aufgestellten Grundsätzen entworfen und besteht aus einem von beiden Längsseiten (Nord und Süd) durch reichlich angelegte Fenster belichteten Saal, an den sich drei Einzelkrankenzimmer (darunter ein Moribundenzimmer), ein großer Tagesraum, Bad und Klosettraum direkt und derart angliedern, daß sie alle vom Saal aus leicht übersehen werden können, während der Südseite eine große, überdachte, offene Liegehalle mit zwei Zugängen vom Wachsaale aus und mit Ausgang zum Garten vorgelagert ist.



An jeden Lazarettsaal schließt sich je ein Seitenbau, der als Infektionsabteilung dient und so eingerichtet ist, daß er, wenn wegen Vorhandenseins von Infektionskrankheiten eine strenge Trennung angezeigt ist, unter Ausschaltung jeglicher räumlichen Verbindung mit dem Lazarett, als selbständige Abteilung für sich betrieben, bei nicht vorliegendem Trennungsbedürfnis aber in bequeme wirtschaftliche Verbindung mit dem übrigen Lazarett gesetzt werden kann.

Jede Lazarettseite ist einschließlich der Nebenzimmer für je 20 Kranke, jede Infektionsabteilung für je 10 Kranke bemessen. Nur der Mittelbau ist übersetzt und enthält eine Reihe von Wohn- und Schlafzimmern für das Personal, Inventarraum, Bad und Klosett. Trotz liebenswürdigem Entgegenkommen des Herrn Geheimrat *Paetz* mußte leider die Absicht, hier den Grundriß dieser letzten und modernsten *Paetz*schen Wachstation weiteren Kreisen der Fachgenossen zugänglich zu machen, aufgegeben werden. Das Lazarettgebäude hat sich für seine Zwecke vorzüglich bewährt. Hier waren alle Einrichtungen getroffen, einmal zur Behandlung körperlich Kranker, sodann zu therapeutischen Versuchen mit den modernen Behandlungsmethoden. Hier sollte ein ausgewähltes und reichliches Pflegepersonal zur Verfügung stehen, welches in der Beobachtung und Pflege der Kranken besonders ausgebildet wurde. Kurz, hier sollte nun in Alt-Scherbitz auch den neuzeitlichen Anforderungen an Erforschung und Behandlung der Geisteskrankheiten Rechnung getragen werden.

Alles dieses war in bester Entwicklung begriffen, als der Krieg ausbrach. Dessen unglückliches Ende und die traurigen Folgeerscheinungen der staatlichen Umwälzung haben alle diese Hoffnungen zunichte gemacht. Der Rückgang der Krankenzahl von 1122 im Jahre 1914/15 auf 579 im Jahre 1919/20, die Verminderung der Dienstzeit des Pflegepersonals, der Mangel an Kohlen, an Wäsche usw. haben es notwendig gemacht, die Kranken enger zusammenzulegen und manche Häuser leer stehen zu lassen. Die Kolonie ist auf jeder Geschlechtsseite bis auf 3 Abteilungen geräumt, einige koloniale Krankenabteilungen sind zu Wohnzwecken für Familien von Ärzten wie anderen Beamten und Angestellten verwendet, eine Frauenvilla ist als Pflegerinnenheim eingerichtet, das schöne neue Lazarettgebäude ist völlig unbenutzt, weil weder genügendes Personal noch Heizmaterial zur Verfügung steht. Die gesonderte ärztliche Leitung der Pflegeanstalt ist vorläufig aufgehoben, da infolge des allgemeinen Rückganges der Krankenzahl auch die Zahl der dort vorhandenen Kranken auf 72 m. und 76 w. gesunken und der bisherige leitende Arzt aus dem Provinzialdienste ausgeschieden war.

Nun gilt es, unter Anpassung an die neue Zeit allmählich die alten freien und für die Kranken so segensreichen Verhältnisse wiederherzustellen, die kolonialen Abteilungen wieder zu füllen und die freie Behandlung der Kranken in der alten Ausdehnung wieder zu ermöglichen.

Wenn man sich nun jetzt in einer Zeit des Überganges in neue Verhältnisse rückblickend die Frage vorlegt, welche Ergebnisse denn in Alt-Scherbitz im Laufe der langen Jahre seines Bestehens durch die Einwirkung der besonders gearteten Verhältnisse erzielt worden sind, so kann zunächst die früher so oft erörterte Frage, wieviele der Geistes-

kranken kolonisierbar sind, seit 1893 in dem Sinne wie es *Koeppe* vorschwebte, hier gar nicht mehr gelöst werden. Denn es bestehen ja seitdem nicht mehr nur die beiden Anstalten Nietleben und Alt-Scherbitz in gegenseitigem alleinigen Wettbewerb, sondern es verteilen sich die Geisteskranken der Provinz auf eine Reihe von Anstalten, von denen die eine und die andere zum großen Teile wieder für ganz besondere Kategorien von Kranken bestimmt ist. Dazu kommt, daß nach den jeweiligen Platzverhältnissen und mangels bestimmter Abgrenzung von Aufnahmebezirken die Zuteilung der Kranken nicht eine durchschnittlich gleichmäßige war. So wurden vor der Erweiterung der Anstalt Nietleben wegen deren häufiger Überfüllung vorwiegend die insozialen Kranken der Anstalt Alt-Scherbitz überwiesen und nach der Nietlebener Choleraepidemie die Aufnahmen dorthin für lange Zeit ganz gesperrt. Nach Errichtung des Siechenasyls wurden die Siechen und nach Einrichtung der Pflegeanstalt die Insozialen auf Grund der Zwecke, welchen diese Sonderanstalten dienen sollten, lange Zeit in so großer Anzahl überwiesen, daß dieselben nicht entfernt imstande waren, alle ihnen zugewiesenen derartigen Kranken zu übernehmen, und infolgedessen die Hauptanstalt mit solchen in einer Weise belastet wurde, daß das übliche Zahlenverhältnis zwischen den verschiedenen Kategorien von Kranken sich ganz beträchtlich zuungunsten der Hauptanstalt verschob. Es ist auch noch darauf hinzuweisen, daß die Einführung der Familienpflege den Bedarf an kolonialen Plätzen offensichtlich vermindert hat. Gerade dieser Umstand dürfte aber künftig wieder eine Vermehrung der kolonisierbaren Kranken bewirken, denn es erscheint nicht zweifelhaft, daß die Entwicklung der gegenwärtigen sozialen Verhältnisse für die Familienpflege Geisteskranker ungünstig sein wird. Die Leute, welche auf dem Lande zur Verbesserung ihres Einkommens Geisteskranke in Pflege nahmen, haben jetzt bei den gestiegenen Löhnen, dem ihnen zugestandenen Deputatland und der reichlichen Verabfolgung von Naturalien nicht mehr in dem Maße wie früher das Interesse an der Aufnahme von Geisteskranken, sie haben es nicht nötig, sich ihr Familienleben durch die Sorge um ihre Pfleglinge und ein Zusammenleben mit Kranken beeinträchtigen zu lassen. Aus ähnlichen Gründen zeigt sich auch bei dem verheirateten Pflegepersonale eine Abneigung gegen die Aufnahme von Geisteskranken in ihre Familie. Hier wird die koloniale Verpflegung ergänzend wieder eintreten können. Was nun die weitere Frage nach der Beschäftigung Geisteskranker, insbesondere mit landwirtschaftlichen und gärtnerischen Arbeiten betrifft, so braucht der hohe Wert derselben für die Behandlung Geisteskranker wohl nicht mehr besonders hervorgehoben zu werden, da hierüber ganz allgemeine Übereinstimmung herrschen dürfte. Ja man wird sagen können, daß gerade jetzt dieser Heilfaktor wieder besonders in den Vordergrund treten sollte. Die Arznei- und sonstigen Behandlungsmittel sind so unendlich viel teurer geworden, teilweise sogar kaum zu beschaffen, daß es eben nicht mehr möglich ist, sie in dem Grade und der Vielfältigkeit anzuwenden, wie wir es vor dem Kriege gewohnt waren, und wir werden in dieser Hinsicht auf lange Zeit hinaus in den Behandlungsmöglichkeiten voraussichtlich beschränkt bleiben. Die Beschäftigung der Kranken ist aber dasjenige Behandlungs-

mittel, welches uns schließlich unbeschränkt zur Verfügung steht, durch sie müssen wir manches andere Heilmittel zu ersetzen versuchen. Daß insbesondere Schlafmittel durch regelmäßige tägliche Beschäftigung erspart werden, hat *Paetz* bereits in seinem Buche (S. 222) überzeugend nachgewiesen. Diese Erfahrung kann jeder Irrenarzt machen, der sich die Beschäftigung der Kranken angelegen sein läßt. So weist z. B. der Jahresbericht von Kutzenberg 1911 S. 7 darauf hin, daß der geringe Verbrauch von Beruhigungsmitteln neben den Dauerbädern auf die umfangreiche Beschäftigung zurückzuführen sei. Auch unter dem Gesichtspunkte der neueren Heilbestrebungen an Geisteskranken, bei denen versucht wird, vermittels Einverleibung von Krankheitskeimen, Bakterienprodukten und körperfremden Eiweißstoffen eine Umstimmung des Körperstoffwechsels herbeizuführen, wird man mit Recht regelmäßige körperliche Arbeit im landwirtschaftlichen Betriebe, in Sonne, Wind und Wetter als recht geeignetes Mittel zur günstigen Beeinflussung des Stoffwechsels anerkennen müssen.

Die Zahl der beschäftigten Geisteskranken, berechnet nach dem Prozentverhältnis zwischen der Zahl derjenigen Kranken, welche ein volles Jahr, zu 303 Arbeitstagen gerechnet, gearbeitet haben, zu der Gesamtbelegung der Anstalt mit Kranken der 3. Verpflegungsklasse hat im Laufe der Jahre gewechselt. Von 1885—1892 haben durchschnittlich 80,58 % gearbeitet. Nach dem Inkrafttreten des Gesetzes vom 11. Juli 1891, also von 1893—1901, ist das Prozentverhältnis der arbeitenden Kranken gefallen, es betrug für diese Jahre durchschnittlich 66,65 %. Es ist dies offenbar dadurch zu erklären, daß infolge der erweiterten Irrenfürsorge mehr rein pflegebedürftige und hinfällige Kranke aufgenommen werden mußten als vorher, wo diese entweder in der Familie gehalten oder vielfach in Armenanstalten, Siechenhäusern u. dgl. untergebracht worden waren, was sich auch in der Notwendigkeit einer Vermehrung der Wachsäle aussprach. Dazu kam, daß bei dem zunehmenden Mangel an Plätzen innerhalb der Provinzialanstalten die verfügbaren Plätze mehr und mehr von insozialen Kranken in Anspruch genommen wurden, während man die sozial gewordenen Kranken möglichst zu entlassen suchte. Von 1902 an tritt dann wieder eine Zunahme der beschäftigten Kranken ein, so daß bis 1. 4. 1914 durchschnittlich 70,54 % gearbeitet haben. Es ist dies Resultat erzielt worden, trotzdem gerade seit dem Rechnungsjahre 1902/03 die hiesige Pflegeanstalt für insoziale Kranke eingerichtet und später erweitert wurde, und trotzdem die Hauptanstalt, wie bereits erwähnt, noch manchmal für die Pflegeanstalt bestimmte insoziale Kranke aufnehmen mußte. Das günstige Ergebnis ist einmal dadurch zu erklären, daß auch in der Pflegeanstalt der Beschäftigung der Kranken die entsprechende Aufmerksamkeit geschenkt wurde, sodann dadurch, daß infolge Abgabe von Kranken aus der Hauptanstalt wieder mehr Plätze für frische Aufnahmen frei wurden.

Daneben ist aber auch nicht zu verkennen, von wie bedeutendem Einflusse gerade auf dem Gebiete der Beschäftigung das Verständnis und der Eifer ist, welchen die behandelnden Ärzte für diesen Zweig der Behandlung haben. Denn um die Geisteskranken zur Beschäftigung anzuregen und vor allem, um sie bei dieser dauernd zu halten, bedarf es



einer nicht geringen Kunst der seelischen Beeinflussung. Man kann nicht, wie man ein Arzneimittel verordnet, nun auch einfach anordnen, daß ein Kranker zu arbeiten habe. Vielmehr gilt es erst häufig allerhand Widerstände zu besiegen, die teils in dem Kranken selbst, teils in einer gewissen Beeinflussung durch seine Umgebung liegen. Auch lassen die Kranken aus mancherlei Gründen in der Arbeit nach, teils weil sie wegen gewisser Beschwerden, die bei ungewohnter Arbeit anfangs eintreten, unlustig werden, auch wohl zunächst wegen allerhand Kleinigkeiten verärgert sind, teils genügen eine unerfreuliche Nachricht von Hause, ein Besuch von Verwandten, die Entlassung eines Mitkranken und ähnliche Vorkommnisse, die gar nicht zu vermeiden sind, um bei den Kranken Unlust und Verstimmung zu erregen, die sich dann zunächst fast regelmäßig in einem Zurückbleiben von der Beschäftigung äußern. Hier gilt es in dauernder Berührung mit den Kranken zu bleiben, sie aufzurichten, ihnen die Vorzüge der Beschäftigung vorzustellen, auf ihre Klagen einzugehen, ihnen darüber hinwegzuhelfen und ihren Willen zum Ausharren in der Arbeit zu kräftigen. Dazu ist aber eine ständige Fühlungnahme mit den Kranken bei ihrer Arbeit und an ihren Arbeitstätten nötig. Es genügt nicht, sie auf der Abteilung zu sehen, sondern man muß sie bei der Beschäftigung aufsuchen, sie hier aufmuntern, beloben, ihnen seine Zufriedenheit ausdrücken, besonders Tüchtige und Fleißige den anderen als Muster hinstellen und in jeder zweckdienlichen Weise den Kranken näherzukommen suchen, insbesondere auch geeignete Augenblicke abzupassen verstehen, in denen sie, wie dies oft geschieht, einmal mehr empfänglich sind als gewöhnlich. Gerade hierin steckt eine nicht unerhebliche ärztliche Kunst, für welche der eine mehr, der andere weniger Begabung besitzt, und der regelmäßige Nachweis einer verhältnismäßig hohen Zahl von beschäftigten Kranken bedeutet, wenn auch nach außen hin nicht ohne weiteres hervortretend, ein gut Teil ärztlicher Arbeit.

Leider ist jetzt die ärztliche Beeinflussung der Kranken in bezug auf die Beschäftigung nach den hiesigen Erfahrungen dadurch erschwert, daß die herrschende allgemeine Arbeitsunlust, die Sucht, für möglichst viel Geld möglichst wenig zu arbeiten, die entsprechenden Erörterungen in den von den Kranken früher meist gelesenen Zeitungen naturgemäß auch auf die Geisteskranken ihren Einfluß ausüben. Die Kranken fragen mehr als früher nach ihrem Verdienst, verlangen vielfach einen den heutigen Verhältnissen entsprechenden Lohn, und es bedarf öfterer und manchmal eingehender Vorstellungen, um ihnen zu zeigen, daß die Beschäftigung für sie ein Heilmittel ist, der Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit im Erwerbsleben dient, und daß die Kosten, welche die Provinzialverwaltung für ihren Unterhalt aufbringt, so bedeutend sind, daß die Forderung, wenigstens einen kleinen Teil davon durch Arbeit für die Anstalt zu vergüten, ihnen nicht ungerechtfertigt zu erscheinen brauche. Auch der Hinweis auf die Vorteile, die den Kranken hier aus der Verbindung der Anstalt mit dem großen landwirtschaftlichen Betriebe in bezug auf die Besserung der Ernährung erwachsen, hat manchmal die Arbeitslust vermehren helfen. Dementsprechend ist gerade jetzt auch ein großer Anreiz zur Beschäftigung die strenge Durchführung des Grundsatzes, nur für arbeitende Kranke besondere Zulagen an Brot zu geben,



dabei auch die in der Landwirtschaft und Gärtnerei arbeitenden besonders reichlich zu bedenken. Da hier die Kranken als Selbstversorger anerkannt sind und das Gut das nötige Getreide liefert, so können hier für jeden arbeitenden Kranken wöchentlich 1 Pfund Brot, für die in der Landwirtschaft und der Gärtnerei arbeitenden, soweit der Getreidevorrat

Name der Anstalt	Zeitraum	Prozentzahl der Beschäftigten	Name der Anstalt	Zeitraum	Prozentzahl der Beschäftigten
Andernach ...	98—08	60,4	Lauenburg...	09	44
	11—13	56,3	Merzig	98—08	60,9
Blankenhain .	98—02	53		11—13	51,5
.	03—12	40	Nietleben[2]) ..	95—01	49,49
Bernburg	98—99	57		02—13	50,66
Bonn	98—08	65		14—18	64,4
	11—13	54,9	Obrawalde ...	05—12	34,6
Brieg	06—13	55,51		(ausgenommen 1911)	
Colditz	95—00[1])	36,15			
Düren	98—08	64,3			
	11—13	58	Owinsk	96—02	56,6
Ellen b.Brem.	05—10	46,16		03—09	48,25
Emmendingen	03—08	33,35		12	47
	11	37,40	Sachsenberg .	08—10	45,25
	12	36,01	Schussenried .	7 Jahre innerhalb 00—12	41,35
Gabersee	07	ca. 60			
	09	55—60			
	10	52—55	Uchtspringe[2])	02—13	54,9
	11—13	über 50		14—18	52,8
Galkhausen ..	99—08	50,2	Ückermünde	90—94	50—56,5
	11—13	59,3		95—99	46—53,5
Grafenberg ..	98—08	51,8		00—04	49,8—58,5
	11—13	51,6		05—10	52
Illenau	03—05	29,7	Untergöltzsch	95—00[1])	59,10
	06—08	30—40	Weißenau....	00—10 (ausgenomm.09)	37,29
	11 u. 12	36			
Johannisthal .	05—08	62,6			
	11—13	63,3	Wiesloch	11 u. 12	39,4
Kosten	02—12	40	Zschadraß ...	95—00[1])	45,66
Lauenburg ...	89—04	meist 40—45, zeitweise 50			

[1]) Später sind im Freistaat Sachsen regelmäßige Zahlenangaben für die einzelnen Anstalten nicht mehr veröffentlicht.

[2]) Nach den Verwaltungsberichten des Provinzialausschusses der Provinz Sachsen.



reicht, dauernd, zum mindesten aber in den arbeitreicheren Monaten, wöchentlich 2 Pfund Brot mehr verabfolgt werden, als die Zivilbevölkerung im allgemeinen erhält. Ein weiterer Antrieb zur Arbeit in dem Gutsbetriebe ist in der Möglichkeit für die Kranken gegeben, sich bei der Beschäftigung im Feld und Garten bisweilen noch einige Nahrungsmittel, besonders Obst und Kartoffeln anzueignen und für sich zu verbrauchen. Ein weiteres bewährtes Mittel, die Arbeitslust anzuregen, ist die bevorzugte Gewährung von Tabak. Um den Kranken bei den heutigen Teuerungsverhältnissen eine größere Menge besseren Tabaks liefern zu können als sie durch Ankauf zu beschaffen wäre, hat die Anstalt in diesem Jahre mit gutem Erfolge angefangen selbst Tabak anzubauen.

Um einen Vergleich der hier erzielten Prozentzahlen der Beschäftigten mit entsprechenden Zahlen anderer Anstalten zu ermöglichen, habe ich, soweit es mir an der Hand von Jahresberichten anderer Anstalten möglich war, nebenstehende Übersicht über die Zahl der Beschäftigten in einigen anderen Anstalten aufgestellt.

Während des Krieges ist die Verhältniszahl der arbeitenden Kranken naturgemäß gesunken infolge der durch die Beschränkung der Nahrung bedingten zunehmenden körperlichen Hinfälligkeit der Patienten. Sie betrug 1914/15 noch 72,71 % und fiel dann 1915/16 auf 67,51 %. Je mehr nun infolge der zunehmenden Sterblichkeit die hinfälligen arbeitsunfähigen Kranken dahinschwanden, während die kräftigeren die schlimmen Zeiten besser überstehen konnten, obgleich auch mancher bis dahin beschäftigte Kranke ein Opfer der Kriegszeit wurde, hob sich die Verhältniszahl der arbeitenden Kranken. Sie betrug 1916/17 69,52%, 1917/18 82,85 %, 1918/19 82,44 % und ist erst 1919/20 wieder etwas gesunken auf 78,85 %. Die absolute Zahl der beschäftigten Kranken hat natürlich entsprechend dem erheblichen Rückgange der Krankenbevölkerung wesentlich abgenommen. Während 1913/14 846 Kranke beschäftigt waren, fiel diese Zahl bis auf 468 im Jahre 1918/19 und 410 im Jahre 1919/20.

Wieviel Kranke sind nun in dem landwirtschaftlichen und gärtnerischen Betriebe tätig gewesen? *Koeppe* rechnete, wie bereits oben erwähnt, daß man unter 400 Kranken etwa 200 landwirtschaftlich zu beschäftigende finden würde. *Paetz* [15]) berichtet 1893, daß von rund 600 Kranken einschließlich 85 Pensionären, also von 515 Kranken der 3. Verpflegungsklasse 150 landwirtschaftlich tätig waren. Er nahm an, daß unter 800 Kranken einschließlich 120 Pensionären, also 680 Kranken der 3. Klasse auf 200 landwirtschaftlich beschäftigte Kranke zu rechnen sei. Diese Zahl ist später aber, soweit die Unterlagen dafür noch beschafft werden konnten, nicht ganz erreicht worden. Leider kann ich genaue Angaben nur für die Jahre seit 1909/10 machen, da die Nachweise für die früheren Jahre nicht mehr vorhanden sind. Es waren im landwirtschaftlichen und gärtnerischen Betriebe beschäftigt, wiederum auf jeden Kranken ein volles Arbeitsjahr zu 303 Arbeitstagen gerechnet:

1909/10	196	bei	einem	Bestande	von	1120	Kranken	3. Klasse
10/11	192	,,	,,	,,	,,	1126	,,	,, ,,
11/12	202	,,	,,	,,	,,	1141	,,	,, ,,
12/13	204	,,	,,	,,	,,	1163	,,	,, ,,



1913/14	212	bei	einen	Bestande	von	1125	Kranken	3.	Klasse
14/15	152	,,	,,	,,	,,	1059	,,	,,	,,
15/16	124	,,	,,	,,	,,	1062	,,	,,	,,
16/17	121	,,	,,	,,	,,	968	,,	,,	,,
17/18	93	,,	,,	,,	,,	723	,,	,,	,,
18/19	82	,,	,,	,,	,,	573	,,	,,	,,
19/20	104	,,	,,	,,	,,	520	,,	,,	,,

Naturgemäß war die Beteiligung der Frauen an dieser Beschäftigung verhältnismäßig gering. Sie betrug

1909/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17	17/18	18/19	19/20
21	20	18	21	19	15	14	12	8	11	7.

Man muß dabei berücksichtigen, daß die Frauen mit Ausnahme der im Kuhstalle beschäftigten nur einen Teil des Jahres wirklich zu dem landwirtschaftlichen und gärtnerischen Betriebe herangezogen wurden, während die gegebenen Zahlen nach vollen Arbeitsjahren berechnet sind. Tatsächlich sind also in den Zeiten, in welchen sie überhaupt in der gedachten Art beschäftigt waren, gleichzeitig entsprechend mehr Frauen tätig gewesen. Von größerem Interesse ist die Beteiligung der Männer in Landwirtschaft und Gärtnerei. Es waren darin tätig

1909/10	175	von	458	überhaupt	arbeitenden	= 38,21 %
10/11	172	,,	446	,,	,,	= 38,57 %
11/12	184	,,	480	,,	,,	= 38,33 %
12/13	183	,,	452	,,	,,	= 40,49 %
13/14	193	,,	470	,,	,,	= 40,07 %
14/15	137	,,	409	,,	,,	= 33,50 %
15/16	110	,,	376	,,	,,	= 29,26 %
16/17	109	,,	354	,,	,,	= 30,79 %
17/18	93	,,	325	,,	,,	= 26,15 %
18/19	71	,,	265	,,	,,	= 26,80 %
19/20	97	,,	229	,,	,,	= 42,36 %

Man ersieht aus den mitgeteilten zahlenmäßigen Übersichten, daß, je größer die Anstalt geworden ist, um so weniger von den arbeitenden Kranken verhältnismäßig für die landwirtschaftliche und gärtnerische Beschäftigung herangezogen werden konnten. Dies liegt einmal daran, daß das Material der hier errichteten Pflegeanstalt an und für sich weniger zu einer derartigen Beschäftigung fähig war, da es sich hauptsächlich um insoziale Kranke handelte, die mehr zu einer Beschäftigung in geschlossenen Werkstätten und zu häuslichen Arbeiten geeignet waren. Diese Kranken fanden, falls sie im Gutsbetriebe beschäftigt wurden, hauptsächlich unter besonderer Aufsicht in den umzäunten Gärten, in der eigentlichen Landwirtschaft aber nur in geringer Zahl und zwar vor allem in der Erntezeit Verwendung. Andererseits aber bedarf auch der so viel umfangreicher gewordene wirtschaftliche Betrieb der Anstalt selbst wesentlich mehr Hilfskräfte für Küche, Kesselhaus, Kohlenversorgung, Transport von Speisen, für Werkstätten und Hausarbeit auf den zahlreicheren Krankenabteilungen. Für diesen wirtschaftlichen Betrieb werden aber auch gerade meist besonders zuverlässige Kranke verlangt,



welche sich sonst auch für landwirtschaftliche Arbeiten vorzüglich eignen würden.

Wie man aus den angegebenen Zahlen weiterhin erkennen kann, ist die Zahl der zur Beschäftigung in Landwirtschaft und Gärtnerei fähigen Kranken während des Krieges erheblich zurückgegangen, weil vielen Patienten die zu dieser Beschäftigung nötigen Kräfte schwanden und leider auch mancher bis dahin eifrige landwirtschaftliche Arbeiter an Erschöpfungskrankheiten zugrunde ging. Erst mit der Möglichkeit einer etwas besseren Ernährung im Jahre 1919/20 ist auch die Zahl der landwirtschaftlich beschäftigten Kranken wieder nicht unerheblich gestiegen.

Hinsichtlich der Eignung der verschiedenen Bevölkerungsschichten zur landwirtschaftlichen Arbeit ist es ja erklärlich, daß die aus landwirtschaftlichen Kreisen stammenden Kranken die ihnen gewohnte Arbeit leichter wieder aufnehmen, es finden sich aber auch die aus anderen Berufen stammenden Kranken im allgemeinen verhältnismäßig leicht in die landwirtschaftliche Beschäftigung hinein, wenn man schonend vorgeht und sie sich erst allmählich an die bisher ungewohnte Tätigkeit gewöhnen läßt.

Wenn man endlich das finanzielle Ergebnis der Verbindung der Irrenanstalt mit einem großen Gutsbetriebe betrachtet, so hatte *Koeppe* und mit ihm die Landtagskommission eine 5 %ige Verzinsung des Flächenwertes angenommen. Man war sich aber bei dem Ankaufe des Alt-Scherbitzer Gutes darüber klar gewesen, daß man bei der äußerst günstigen Lage und der für die beabsichtigten Zwecke besonderen Geeignetheit des Gutes einen über den tatsächlichen landwirtschaftlichen Wert desselben hinausgehenden Preis zahlte.

Man kann nun zweierlei Berechnungen aufstellen. Einmal kann man die jährlichen Reingewinne berechnen, wie sie z. B. in den hiesigen Jahresberichten veröffentlicht sind. Hierbei stellt man auf der einen Seite fest, wie hoch sich die im Laufe des Rechnungsjahres stattgehabten baren Auslagen stellen, nimmt dazu die Schulden oder Ausgabereste, den Wert der Vorräte, des lebenden und toten Inventars am Anfang des Jahres und stellt dieser Summe gegenüber die im Laufe des Rechnungsjahres gemachten baren Einnahmen, die am Schlusse des Jahres noch ausstehenden Forderungen oder Einnahmereste und den Wert der Vorräte, des lebenden und toten Inventars am Ende des Rechnungsjahres. Dieser so ermittelte Reingewinn hat vom Jahre 1879/80 bis 1919/20 im Durchschnitt jährlich rund 45 149 M. betragen, bei einem angelegten Kapital von 1 000 000 M. also etwas über $4^1/_2$ %. In Wirklichkeit ist der Reinertrag der Gutswirtschaft höher zu veranschlagen, weil man doch nicht von der Fläche, welche für den Bau der Anstalt und Herstellung der dazu gehörigen Park-, Friedhofs- und Wegeanlagen verwandt worden ist, eine Verzinsung verlangen kann. Es würde sich eine richtigere, der Wirklichkeit näherkommende Berechnung des Reingewinns des Gutsbetriebes nur dann ergeben, wenn der Wert der für den Anstaltsbau verwandten Fläche von der Ankaufssumme in Abzug gebracht würde. Die Größe dieser Fläche beträgt rund 25 ha = 100 Morgen. Da fast durchweg guter und bestgelegener Ackerboden zur Anlage der Anstalt genommen worden ist, der in den Jahren des Ankaufs von Alt-Scherbitz



hier einen Wert von rund 900 M. für den Morgen besaß, so müßten von der Ankaufssumme von rund 1 000 000 M. 90 000 abgezogen werden, es würden also als zu verzinsendes Kapital nur 910 000 M. bleiben. Der Reinertrag würde dann durchschnittlich 4,96 %, also rund 5 % betragen.

Nun sind von diesem jährlichen Reingewinne aber regelmäßig erhebliche Mittel für Verbesserung der Gebäude, Errichtung von Schuppen, Meliorationen des Ackers, Unterhaltung der Straßen, Neuanschaffungen von Inventar u. dgl. mehr verbraucht worden. Dabei ist zu berücksichtigen, daß eine öffentliche Verwaltung in dieser Hinsicht im allgemeinen freigebiger ist als ein Privatbesitzer und manche Verbesserungen vornimmt, die ein Privatbesitzer in gleichem Umfange aus eigenen Mitteln auszuführen unterlassen würde. Diese aufgewandten Mittel sind ja auch nicht verloren, sondern vermehren den Wert des Besitztums, verbleiben also dem Eigentümer, nur in anderer Form, als wenn er das dazu verwandte Geld in sonstiger Art anlegte.

Man kann aber auch fragen, wie hoch sich nach Abzug aller dieser Aufwendungen der für den Gutseigentümer zu anderweitiger Verwendung verbleibende bare Überschuß stellt. Dieser bare Überschuß wird hier bestimmunggemäß der Anstalt als Zuschuß zur Deckung ihrer Ausgaben überwiesen. Er hat vom 1. 4. 1879 bis 31. 3. 1920 durchschnittlich jährlich 39 510 M. betragen, also 3,95 % des angelegten Gesamtkapitals. Wenn man auch hier, wie oben ausgeführt, nur den Ankaufswert der landwirtschaftlich genutzten Fläche berücksichtigt, so erhöht sich der durchschnittliche bare Überschuß auf 4,34 % des dafür aufgewendeten Kapitals. Die Beantwortung der sich aufdrängenden Frage, ob der Ertrag des mit Hilfe von Kranken bewirtschafteten Gutes demjenigen anderer in Privatbesitz befindlicher Güter entspricht, ist ohne sehr weitläufige und schwierige Untersuchungen gar nicht möglich. Man müßte zu diesem Zwecke die Erträgnisse ähnlich großer, mit annähernd gleichen Bodenverhältnissen und auch sonst unter ähnlichen Bedingungen wirtschaftender Güter zu den verschiedenen Zeiten mit denen des hiesigen Gutes vergleichen. Die Unterlagen dafür würden, wenn überhaupt, nur sehr schwer und erst in längerer Zeit zu beschaffen sein.

Dagegen wird man die Frage, ob die seinerzeit vorgenommene Verbindung einer Heilanstalt mit einem größeren landwirtschaftlichen Betriebe sich als finanziell vorteilhaft herausgestellt hat, aus folgenden Überlegungen heraus bejahen dürfen. Die Provinzialverwaltung hatte für den Ankauf des Gutes die Summe von 1 000 000 M. durch eine zu $4^1/_2$% verzinsliche Anleihe beschafft. Diese ist seitens der Provinzialverwaltung regelmäßig getilgt und demnach, da der Zinsfuß derartiger Darlehen bald sank, allmählich durch Geld mit geringerer Verzinsung ersetzt worden. Der rechnungmäßige Reingewinn des Gutes hat für die ganzen Jahre durchschnittlich $4^1/_2$ % jährlich betragen, die aufgewendeten Zinsen sind also im großen und ganzen zum mindesten wieder eingebracht worden. Nun hat aber die Provinz auf diesem Gutsgelände auch noch eine große Heilanstalt gebaut. Hätte sie für diese Anstalt einen entsprechenden Bauplatz erwerben müssen, so würde die Provinz die Zinsen für die Kaufsumme dieses Bauplatzes haben aufbringen müssen, die ihr jetzt erspart geblieben sind. Man wird auch folgenden Gesichtspunkt nicht ganz un-



berücksichtigt lassen dürfen. Wenn nämlich die Provinzialverwaltung eine Vergrößerung der Anstalt vornehmen wollte oder mußte, so brauchte sie hier dafür nur von dem ihr gehörigen Gutsgelände die nötige Fläche zu nehmen und hatte somit in allen späteren Jahren Land zum Preise aus dem Jahre 1876 zur Verfügung. Hätte man sich in jener Zeit aber darauf beschränkt, nur das zum Bau einer Anstalt von der damals geplanten Größe nötige Gelände zu kaufen, so würde die Provinzialverwaltung bei späteren Erweiterungen der Anstalt ganz erheblich größere Mittel haben aufwenden müssen.

Dazu kommt, daß erfahrunggemäß im allgemeinen im Laufe der Zeit jeder landwirtschaftliche Grundbesitz einen Zuwachs an Wert erfährt und deshalb eine Anlage von Kapital in Grundbesitz sich auf die Dauer als vorteilhaft bewährt. Dieser Fall liegt in ganz besonderem Grade hier vor, weil infolge der ungeahnten baulichen Entwicklung der Nachbarorte, insbesondere der Vororte von Leipzig, bis an das Anstaltsgelände heran ein großer Teil desselben den Wert von Bauland bekommen hat. Wenn man nun gar die ja nicht vorauszusehende jetzige Entwicklung der Verhältnisse berücksichtigt, welche den Wert landwirtschaftlichen Besitzes um ein vielfaches gesteigert hat, so dürfte der damalige Ankauf des Rittergutes Alt-Scherbitz wohl als eine sehr gute Kapitalanlage bezeichnet werden können. — Zum Schluß verfehle ich nicht, Sr. Exzellenz, dem Herrn Landeshauptmann der Provinz Sachsen, Wirklichen Geheimen Rat Freiherrn *v. Wilmowski* sowie Herrn Geheimrat Dr. *Paetz* für die bereitwilligst erteilte Erlaubnis zur Benutzung des Aktenmaterials, Herrn Geheimrat *Paetz* aber noch besonders für die rege persönliche Anteilnahme an der vorliegenden Arbeit und mannigfache Auskünfte meinen gehorsamsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. *Paetz*, Die Kolonisierung der Geisteskranken in Verbindung mit dem Offen-Tür-System, ihre historische Entwickelung und die Art ihrer Ausführung auf Rittergut Alt-Scherbitz. Berlin 1893. Verlag von Julius Springer.

2. *Griesinger*, Über Irrenanstalten und deren weitere Entwicklung in Deutschland. Arch. f. Psych. 1868, Bd. 1, S. 8.

3. *Laehr*, Fortschritt — Rückschritt, Berlin 1868 und *Griesinger*, Zur Kenntnis der heutigen Psychiatrie in Deutschland. Leipzig 1868.

4. *Meyer, L.*, Das Non-Restraint und die deutsche Psychiatrie. Allg. Ztschr. f. Psych. 1863, Bd. 20, S. 542.

5. *Meyer, L.*, Über die Lage der öffentlichen Irrenpflege in Hannover usw. Arch. f. Psych. 1869, Bd. 2, S. 1.

6. *Koeppe*, Über die Landwirtschaft in der Psychiatrie. Allg. Ztschr. f. Psych. 1878, Bd. 34, S. 88.

7. *Klinke*, Zur Geschichte der freien Behandlung und der Anwendung der Bettruhe bei Geisteskrankheiten. Allg. Ztschr. f. Psych. 1893, Bd. 49, S. 681.



8. *Clemens Neißer*, Die Bettbehandlung der Irren. Berl. klin. Wochenschr. 1890, Bd. 27, S. 863.

9. *Gudden*, Über die Einrichtung von sogenannten Überwachungsstationen. Allg. Ztschr. f. Psych. 1886, Bd. 42, S. 454.

10. *Paetz*, Über die Errichtung von sogenannten Überwachungsstationen. Allg. Ztschr. f. Psych. 1888, Bd. 44, S. 424.

11. *Scholz*, Über Wachabteilungen in Irrenanstalten. Allg. Ztschr. f. Psych. 1889, Bd. 45, S. 235.

12. *Scholz*, Über Fortschritte in der Irrenpflege.

13. *Groß*, Zur Behandlung akuter Erregungszustände. Allg. Ztschr. f. Psych. 1899, Bd. 56, S. 953.

14. *Paetz*, Kolonisierung S. 161—166 und Allg. Ztschr. f. Psych. 1892, Bd. 48, S. 639—644.

15. *Paetz*, Kolonisierung S. 63.

Die Arbeitstherapie in der Badischen Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen.

Von

Direktor Geh. Medizinalrat K. Haardt.

Paetz sagt in seinem Werk „Die Kolonisierung der Geisteskranken": „Die Arbeit soll ein in angenehmster Form darzureichendes Heilmittel sein." Die Gültigkeit dieser Forderung begegnet sicherlich keinem Einwand. Sie ist nach dem Vorbild von Alt-Scherbitz der Leitsatz in der Arbeitstherapie geworden. Kann nun auch in der Entwicklung der Fürsorge für unsere Kranken, in der praktischen Psychiatrie der letzten vier Jahrzehnte die Arbeitstherapie als ein glücklich gewonnenes Gemeingut aller Anstalten mit landwirtschaftlichem Betrieb bezeichnet werden, so ist es vielleicht doch nicht unangebracht, wenn dieses so wichtigen Zweiges unserer Therapie an der Hand der Erfahrungen in unserer Anstalt neuerdings wieder gedacht wird. Ja mir scheint, daß eine solche Darstellung sich allein schon rechtfertigt durch den Anlaß zu derselben. Gilt es doch, einen Mann zu ehren, dessen bahnbrechendes Wirken für die neuzeitliche Entwicklung der Heil- und Pflegeanstalten und der Arbeitstherapie in ihnen unbestritten ist.

8 Jahre nach dem Beginn des Betriebes in Alt-Scherbitz begann der Bau der ersten Anstalt in Baden, die als Heil- und Pflegeanstalt im Pavillonsystem mit landwirtschaftlichem Betrieb gedacht war, und wenig über 13 Jahre waren nach dem Einzug der ersten Kranken in die Gutsabteilungen von Alt-Scherbitz vergangen, als diese neue Anstalt Emmendingen am 20. September 1889 eröffnet wurde. Die Lage der Anstalt konnte nicht besser gewählt sein, wenn man sich den Leitsatz von *Paetz* zur Richtschnur gemacht hatte. Das zeigte sich mit ihrer weiteren Entwicklung immer deutlicher. Die Anstaltshäuser liegen inmitten ihrer Parkanlagen in der Ebene. Hinter ihnen im Norden und Osten an der Landstraße, die von der benachbarten Stadt Emmendingen durch das der Anstalt nächstgelegene Dorf Windenreuth nach der Ruine Hochburg, eine der größten und schönst gelegenen Badens, führt, erheben sich Vorberge des südlichen Schwarzwalds. Das landwirtschaftliche Gelände,

das den Kranken zur Verfügung steht, liegt zum Teil an und auf diesen Bergen, teils erstreckt es sich längs der Landstraße hinter der Anstalt, teils im Westen und im Süden jenseits des im Vordergrunde an der Anstalt vorbeifließenden Gebirgsbachs bis gegen den 2- bis 300 Meter entfernten Bahnkörper der Hauptbahn Frankfurt, Mannheim, Heidelberg, Karlsruhe, Freiburg, Basel. Von diesen südlichen Arbeitsplätzen aus sieht man das sich in der Rheinebene malerisch erhebende Kaiserstuhlgebirge, hinter diesem und weiter im Süden und Westen die höchsten Gebirgsrücken des Wasgenwaldes in blauer Ferne. Im Osten hat man einen wundervollen Blick auf den im weiten Bogen gen Süden ziehenden Schwarzwald mit seinen hinter den schönen Vorbergen sich mächtig heraushebenden massigen Rücken und reizvollen Kuppen der bekannten, so viel besuchten Schwarzwaldriesen, des Kandel, des Schauinsland, des Belchen, des Blauen, und in weiterer Ferne über einer Stelle, die sich an den Vorbergen durch eine breite, eigenartig geformte, bis weit gegen die Ebene hinabziehende Waldblöße kennzeichnet, erblickt man den höchsten unserer Berge, den Feldberg. Hier an der Ostseite der Anstalt, an der Frauenseite und in nächster Nähe ihrer Häuser war der gegebene Platz für die Betätigung der kranken Frauen. Hier entstand, aus kleinen Anfängen sich zur jetzigen umfangreichen Anlage entwickelnd, der Gemüsegarten, der allein von den Frauen mit ihren Pflegerinnen unter Leitung eines Gärtners bearbeitet wird. Die Kranken erreichen den Platz in bequemster Weise und auf dem kürzesten Wege von ihren Häusern aus. An der Landstraße, die Gemüseanlage von dieser trennend, erstreckt sich ein landwirtschaftliches Gelände, das, von kranken Männern bearbeitet, unter dem Pfluge steht, so daß nur selten Männer und Frauen zur selben Zeit in Rufweite hier tätig sind. Im Süden umschließt ein breites, parkartig angelegtes Band vom Park der Anstalt ausgehend den Arbeitsplatz der Frauen und trennt ihn vom Bach mit seinen hohen Böschungen. Im Osten geht das Gelände in die benachbarten Felder über, nur getrennt von ihnen durch einen schmalen Grabenbach, der längs eines dem öffentlichen Verkehr dienenden Fußwegs verläuft und an der Anstaltseite von einer niedrigen lebenden Hecke am Gemüsegarten entlang umsäumt wird. Es ist alles getan worden, um den Arbeitsplatz der Frauen so schön wie möglich zu gestalten. Die Wege sind ebenso schön wie zweckmäßig angelegt, mit Steinen eingefaßt, die die einzelnen Felder und Beete umgrenzen. Wo es möglich war, wurde der Weg in schön geschwungener Linie angelegt, und einzelne Beete bekamen hübsche, in die Augen fallende Formen. Wenn irgend tunlich, wird auch bei der Bepflanzung darauf geachtet, daß die Gemüse in ihrer Form und Farbe ein reizvolles malerisches Gesamtbild bieten, so daß die Kranken auch in dieser Beziehung eine Freude an ihrem Werk haben können.

Überall sollte der ärztliche höhere Zweck der ganzen Anlage in erster Linie erkennbar sein, ohne daß natürlich die wirtschaftliche Zweckmäßigkeit dadurch beeinträchtigt würde. In bestimmten Einzelheiten konnte allerdings die letztere nicht voll berücksichtigt werden. So wurden einige Schattenplätze angelegt, einer etwa in der Mitte der ganzen Anlage, zwei an den Rändern, nicht groß, einige Laubbäume, einige Tannen, Bänke dabei. Mußte doch in dem völlig freiliegenden, zuzeiten von heißer



Sonne aus wolkenlosem Himmel bestrahlten Gelände dafür gesorgt werden, daß die Kranken sich im Schatten ausruhen konnten. Das gefiel natürlich den Gärtnern nicht, die ja vom rein wirtschaftlichen Standpunkte aus recht hatten; ging doch durch diese Erholungsplätze immerhin ein Stück für die Ausnutzung verloren.

Auch die Arbeit der Kranken selbst sollte in jeder Weise erleichtert werden. So wurden an verschiedenen Stellen Wasserbehälter aus Zement angelegt, die das Wasser vom Grabenbach zugeleitet erhielten, so daß von keiner Stelle aus unnötig weit das Wasser zum Gießen der Pflanzen herangeholt zu werden brauchte. An den Wasserstellen selbst, die auch ihren Pflanzenschmuck erhielten, wurden Ruhebänke aufgestellt.

Auch die kranken Männer haben landschaftlich schöne Arbeitsplätze. Sie haben auch nicht weit von ihren Häusern. Wie bei den Frauen im Osten, so schließt sich an die westlich gelegene Männerseite das den Männern vorbehaltene Arbeitsgebiet unmittelbar an. Hier liegt zunächst der Gutshof mit seinen ausgedehnten Stallungen und sonstigen Gebäuden, dann weiter nach Westen und im Norden das landwirtschaftliche Gelände, das im Norden schon zu einem großen Teile auf den Bergabhängen liegt, vom Wald und nachbarlichen Weinbergen in der Höhe begrenzt. Auch im Süden vor der Anstalt liegt ausgedehntes Gelände, Felder und Wiesen, als Arbeitsgebiet der Männer. Sie gelangen dahin durch den Haupteingang der Anstalt über die Brettenbachbrücke und haben von ihren Häusern nur kurze Wege. Den Männern ist auch das ganze Parkgebiet und die Ziergärtnerei zur Verfügung gestellt.

Alle diese Arbeitsplätze haben sich im Laufe der Zeit auf das schönste entwickelt.

Wer mit den arbeitenden Männern in der Höhe auf den Berghängen steht und den weiten Blick in die Ebene genießt, auf das Kaiserstuhlgebirge und fernhin auf den Wasgenwald, dann wieder auf die nächstgelegenen Wälder, wer mit ihnen auf den Feldern oder Wiesen vor der Anstalt den Blick auf den Höhenzug des Schwarzwaldes lenkt, wer wiederum mit den Frauen zusammen in ihrem Gemüsegarten die Schönheit des umgebenden bergigen Geländes mit den freundlich aus dem Grün hervorlugenden Häusern des benachbarten Dorfes und dem herrlichen Blütenflor der zahllosen Obstbäume und in weiterer Ferne die Schwarzwaldberge mit der einzigartigen Frühjahrsfärbung ihrer Wälder in hellem und tiefdunklem Grün oder in der malerisch bunten Herbstfärbung schaut, der ist entzückt von der Schönheit der Arbeitsplätze unserer Kranken.

Aber auch im Parkgebiet innerhalb der Anstalt selbst, vor und zwischen den Häusern und an den Wegen gibt es für die dort arbeitenden Kranken reizvolle Arbeitsplätze in Fülle, mögen sie mit den eigentlichen Aufgaben der Ziergärtnerei, der Anlegung kunstvoller Blumenbeete u. dgl. beschäftigt sein, oder mögen sie für die Landwirtschaft die kleineren oder größeren Wiesenflächen zwischen den Baumgruppen bearbeiten. Überall fällt ihr Blick auf schöne Formen der Baum- und Buschanlagen mit ihrer reizvoll verschiedenen Belaubung, auf prächtig entwickelte einzelstehende Bäume. An einzelnen Stellen sehen sie nichts von den Häusern; sie könnten denken, sie seien allein in der schönen Natur auf einer kleinen Wiese, begrenzt von Wald.



Sind so für die Arbeit im Freien unsern Kranken die denkbar günstigsten und angenehmsten Arbeitsplätze bereitet, so ist auch alles vorgesehen, daß die Arbeit in den Innenräumen unter möglichst freundlichen Verhältnissen, ganz abgesehen von der sorgfältigen Beachtung aller hygienischen Vorschriften, ausgeführt werden kann. So geschieht die eigentliche sogenannte Hausarbeit, die Kranken vielfach verordnet wird, nach der baulichen Anlage der Krankenhäuser selbst fast durchweg in hellen, luftigen, freundlichen Räumen. Auch unsere Werkstätten bieten für die Arbeit günstige Verhältnisse. Bei einigen, wie der Schlosserei, der Schreinerei und der Sattlerei, ist die Möglichkeit gegeben, daß auch in der frischen Luft in vor diesen Werkstätten liegenden, verandaartig gedeckten, mit Zement- oder Holzpflasterböden versehenen Räumen gearbeitet werden kann. Auch die den Werkstätten entsprechenden Arbeitsräume der Kranken auf der Frauenseite bieten gute Verhältnisse. In der Kochküche haben die Kranken, denen das Gemüsevorrichten u. dgl. ärztlich verordnet wird, einen leicht sauber zu haltenden hellen, freundlichen Raum für sich mit bequemem Ausgang ins Freie, so daß sie durch den übrigen, vielfach geräuschvollen Küchenbetrieb nicht gestört werden. Auch ist hier die Möglichkeit gegeben, daß, ähnlich wie beim Werkstättenbau auf der Männerseite, in der frischen Luft auf der dem ganzen Gebäude vorgelagerten Veranda gearbeitet werden kann. Die den Kranken zur Verfügung stehenden Arbeitsräume in der Waschküche sind ebenfalls hell und freundlich. In einzelnen Krankenhäusern sind Aufenthaltssäle für die Arbeit eingerichtet, die durch weite Flügeltüren auf Veranden führen, wo die Kranken bei schönem Blick in die Parkanlagen, umfächelt von der frischen Schwarzwaldluft, arbeiten können. Hier wird genäht und gestrickt. Auf anderen Veranden werden in den Zeiten größter Küchenbedrängnis Gemüse und Obst zum Einmachen vorbereitet. Auch werden die Gartenpavillons des Parkgebiets oder der geschlossenen Gärten von einzelnen Abteilungen, von Krankengruppen zur Arbeit benutzt. Überall sind die Arbeitsplätze bequem und schön. In den Stallungen ist durch häufigen Kalkanstrich und durch sonstige Einrichtungen dafür gesorgt, daß die ärztlich verordnete Arbeit auch hier den Kranken möglichst erleichtert und angenehm gestaltet wird. Wo Kranke arbeiten, fordern wir grundsätzlich, daß die Verhältnisse und Einrichtungen jede Beeinträchtigung des Wohlbehagens ausschließen müssen.

So sind die äußeren Bedingungen gegeben, daß unsern Kranken das Heilmittel der Arbeit in der angenehmsten Form dargereicht werden kann. Auch die Möglichkeit der Abwechselung in der Arbeit, die die Eintönigkeit des Lebens in der Anstalt ausschließt, gehört dazu. Und diese ist schon durch alle die verschiedenen Arbeiten, die hier von unsern Kranken ausgeführt werden können, gegeben. Da sind zunächst alle die Arbeiten, die das tägliche Leben in den Krankenhäusern selbst mit sich bringt, wie alle Aufräumungs- und Reinigungsarbeiten, das Herrichten der Schlaf- und Wohnzimmer, der Hausflure und Vorräume, der Wasch- und Badezimmer, die Hilfsarbeiten in den Kleideraufbewahrungsräumen der Abteilungen, die Vorbereitungen zu den verschiedenen Mahlzeiten des Tages, das Decken der Tische, das Abräumen, das Reinigen des Eßgeschirrs in



den Spül- und Theeküchen, das Verbringen der Speisereste in die in der Nähe außerhalb der Häuser aufgestellten Tonnen, das Abführen dieser in die Ökonomie, die sonstigen vielen Gänge zu den Hauptmagazinen, zur Wasch- und Kochküche, zu den Werkstätten, zur Apotheke, dann die Arbeit in den Werkstätten, in der Schreinerei, Schlosserei, Schuhmacherei, Schneiderei, Sattlerei, Anstreicherei, Maurerei, Buchbinderei, Korb- und Strohflechterei, Küblerei, Blumenbinderei, auf der Frauenseite die Wäscherei, Näherei, Flickerei, Strickerei, Gemüseputzerei, die Vorbereitungsarbeiten zum Dörren von Obst, wozu dann noch die durch die Anregung und besondere Förderung der Großherzogin Luise eingeführte schwedische Handweberei an Flachwebstühlen, die Teppichknüpfarbeit und das Handspinnen kommen. Während der Kriegszeit wurde in einem Frauenhause eine Werkstätte für Anfertigung von Hausschuhen aus allerlei Reststoffen, wie sie der regelmäßige Abgang beim Verbrauch in den Abteilungen und in den Werkstätten ergibt, eingerichtet, die uns bei der nach und nach eintretenden Knappheit für die Versorgung der Kranken die wertvollsten Dienste leistete. Insbesondere bietet unsere Landwirtschaft mit großer Milchwirtschaft, Mastvieh- und Schweinehaltung und Geflügelwirtschaft eine Fülle von Arbeitsmöglichkeiten und Abwechselung in ihnen, die nicht näher angeführt zu werden brauchen. Außer den eigentlichen Arbeiten, die hierher gehören, gab und gibt es Wald-, Wege-, Bau- und Hofarbeiten aller Art. Dazu kommen die Arbeiten in den ausgedehnten Obstbaumanlagen, im kleinen Weinberg, im Park, in der Blumen- und Gemüsegärtnerei. Zu allen diesen regelmäßigen Arbeiten gesellen sich dann noch jahraus jahrein Gelegenheitsarbeiten in großer Zahl, wie besonders in der Zeit, als noch verschiedene Häuser, wie die Aufnahme- und Überwachungsabteilungen, die Landhäuser, die Flußbadeanlagen, die Desinfektionsanlage, das Gesellschaftshaus, das Direktionshaus, der Erweiterungsbau der Koch- und Waschküche, die Wärterwohnhäuser, die Kirche errichtet wurden. Sie bestanden in den Hilfsarbeiten zu diesen Neubauten, in Erdbewegungen aller Art, Neuanlagen von Straßen und Wegen, von erhöhten Ruheplätzen im Park u. dgl. m. Arbeiten, die großen Reiz auf unsere Kranken ausübten, verschaffte uns auch unser Gebirgsbach. Mit dem gewaltigen Hochwasser 1895, das in der ganzen Gegend große Verheerungen anrichtete, riß auch unser Brettenbach unterhalb des Wehres große Erdmassen von den Ufern und schwemmte Gehölz und Geröll heran. Es mußten da große Erdarbeiten vorgenommen, zur Bewegung der Erdmassen eine hohe Brücke und Gerüste errichtet und Vorkehrungen zum Herausholen der vom Strom herangewälzten Massen getroffen werden. Auch fernerhin gehörten die Arbeiten am Fluß und im Fluß lange Zeit ständig zu unserer Arbeitstherapie mit dem Herausholen von Kies und größeren Steinen, Sondern und Aufschichten dieser für unsere Wege wertvollen Baustoffe. Abgesehen von dem sich alle Jahre wiederholenden Fällen von Bäumen und Neupflanzungen brachten auch ungewöhnliche Ereignisse, wie schwere Gewitter mit Blitzschlägen in Bäume und Stürme mit ihren Verwüstungen besondere Arbeiten, so daß es an Abwechselung, in diesen Fällen allerdings weniger angenehmer Art, nie fehlte. Reizvolle Arbeiten waren auch das Herrichten und Anbringen von Nistkästen für unsere Vogelwelt.



Die Arbeit wird wie jedes andere Heilmittel in der praktischen Psychiatrie vom Arzte verordnet. Es gehört hier bei allen ärztlichen Besuchen im Verfolg des Heilplans zur regelmäßigen Erwägung des Arztes, ob und welche Arbeit im einzelnen Falle verordnet werden kann. Eine solche ärztliche Verordnung, die erfolgreich, also dem Wohle des Kranken förderlich sein soll, setzt Erfahrung und sicheres Urteil voraus. Der Arzt muß die Kranken genau kennen, muß wissen, was er ihnen in ihren jeweiligen Zuständen unter Berücksichtigung ihrer körperlichen Kräfte und der in ihnen wirksamen oder unter dem Einfluß des Arbeitsheilmittels möglicherweise zur Wirkung gelangenden hemmenden oder fördernden seelischen Kräfte zutrauen kann. Die Arbeitstherapie, richtig ausgeübt, gehört zweifellos zu einer ärztlichen Kunst, die zur rein klinischen Tätigkeit hinzutritt und dem praktischen Psychiater hohe Befriedigung gewährt, wenn sie auch eine bedeutende Mehrarbeit von ihm verlangt. Denn es ist ja nicht die Verordnung der Arbeit allein, die an sich schon sorgfältige Überlegung verlangt, sondern es muß auch festgestellt werden, welche Wirkung dieses Heilmittel auf den Kranken tatsächlich ausübt. Der Arzt muß daher an Ort und Stelle beobachten, wie der Kranke nach seiner Verordnung arbeitet. Diese eigne Beobachtung kann ihm durch nichts ersetzt werden. Nur diese gibt ihm die nötige Sicherheit und die Gewähr, in der Wahl der zu verordnenden Arbeit aus der Fülle der ihm vom Wirtschaftsbetrieb der Anstalt gebotenen Gelegenheiten und regelmäßigen Aufgaben das Richtige für seine Kranken zu treffen. Sie verschafft ihm aber auch die nötige wirkliche Autorität beim Pflege- und Wirtschaftspersonal und erwirbt ihm dessen Vertrauen auf die Richtigkeit seiner Verordnungen und Maßnahmen, was wichtiger ist als das mit einer Vorgesetztenstellung verbundene äußere Ansehen. Ich gedenke immer dankbar meiner Alt-Scherbitzer Zeit der praktischen Psychiatrie, wie ich z. B. während der Ernte unbemerkt auf die Felder gelangt war und dann, zunächst auch ungesehen von den Pflegern und Kranken, die verschiedenen Arbeitsgruppen beobachtete und mir bei den einzelnen Kranken ein Urteil bildete über ihre Art zu arbeiten, ihr ganzes Verhalten während der Arbeit und in den Pausen und die Gesamtwirkung der Arbeit auf sie, die zu Hause in ihren Abteilungen oft ein so ganz anderes Wesen und Benehmen zeigten. Unvergeßlich ist mir unter anderem ein Epileptiker, der auf der Abteilung — er konnte wegen seiner Reizbarkeit und seiner Neigung zur Gewalttätigkeit nur in einem geschlossenen Hause verpflegt werden — sehr schwer zu behandeln und überhaupt einer der unangenehmsten Kranken war, der auch mich, seinen Arzt, in keiner Weise verschonte. Es erschien zunächst undenkbar und mußte auch aus theoretischen Erwägungen heraus abgelehnt werden, ihn während der Ernte bei einer Mähergruppe arbeiten zu lassen, wozu er Neigung zu haben schien, während er andere leichtere Arbeit ohne Werkzeug stets gereizt verweigert hatte. Schließlich wurde es gewagt unter allen möglichen, ihm selbst natürlich verborgen gebliebenen Vorsichtsmaßnahmen. Selbstverständlich mußte ich gerade diesen Kranken an Ort und Stelle bei der Arbeit beobachten, natürlich unbemerkt von ihm, um nicht sein Mißtrauen zu erwecken, was bei diesem reizbaren und leicht erregbaren Kranken sofort gefährlich gewesen wäre. Ich erinnere



mich noch heute meiner großen Freude und Genugtuung, als ich ihn an der Spitze einer langen Reihe von Mähern, wie es angeordnet war, wie der beste gesunde Vorarbeiter seine Sense wuchtig schwingen sah. Man glaubte ihm in allen Bewegungen das Wohlbehagen anzumerken, das er bei der mächtig fortschreitenden Arbeit empfand. Sicherlich war er in dieser Zeit frei von allen Mißempfindungen, und es war ihm durch die Verordnung dieser Arbeit eine große Wohltat erwiesen worden. So etwas muß man erlebt haben, um sich nicht von seiner Überzeugung abbringen zu lassen, daß gerade für die Arbeitstherapie das ärztliche Wirken unentbehrlich ist, daß ihr Erfolg in erster Linie von der richtigen ärztlichen Verordnung und der ärztlichen Überwachung der Anwendung des Heilmittels abhängt. Die Beobachtung auf den Arbeitsplätzen selbst läßt den Arzt so manches an seinen Kranken erkennen, von dem der Laie und zunächst auch das Pflegepersonal keine Ahnung hat. Er merkt auch bei Kranken, die sich nicht äußern, ob die Schönheit des Arbeitsplatzes auf sie wirkt, ob sie sich wohlfühlen während des Arbeitens. Er erkennt an gewissen Wesensveränderungen, an einer Unruhe und Ungleichmäßigkeit in den Bewegungen vielleicht, daß Unlustempfindungen auftreten, deren Ursache, ohne daß der Kranke sich selbst dessen bewußt ist, beginnende Ermüdung ist. Er erfährt, wie wichtig es ist, daß der Kranke sein richtiges, ihm besonders gut in der Hand liegendes Arbeitsgerät bekommt, wie manche Unlust, manche Erregung, mancher Streit unter den Kranken vermieden werden kann, wenn auch solche scheinbaren Kleinigkeiten sorglich beachtet werden. Es heißt eben in der Arbeitstherapie, wenn sie Erfolg zum Wohle des Kranken haben soll, nichts unbeachtet lassen, nichts für zu gering ansehen. Der Erfolg hängt oft von geringfügigen Dingen und Umständen ab, hinter die der geschulte Arzt schneller kommt als der Laie. Die Pfleger und Pflegerinnen müssen gerade auch in der Arbeitstherapie dem Arzte verständnisvolle und gewissenhafte Helfer und Helferinnen sein. Der Arzt hat im Verein mit den geschulten Oberpflegern und Oberpflegerinnen hier ein besonders wichtiges Erziehungswerk zu leisten. Denn es ist durchaus nicht leicht, dem Pflege- und Wirtschaftspersonal beizubringen, daß bei der in der Heilanstalt zu leistenden Arbeit der Heilzweck die Hauptsache sein muß. Immer und immer wieder mußten wir die Erfahrung machen, daß die Arbeit als solche in den Vordergrund geschoben wurde, mußte das Personal eines anderen belehrt werden, mußte ihm gezeigt werden, wie beide Zwecke erreicht werden können, der Heilzweck und der wirtschaftliche Zweck. Dazu gehört viel Geduld und unablässiges Erziehen. Der Gedanke des Heilzwecks der Arbeit und des Heilmittels der Arbeit muß den Helfern so klar und vertraut sein, er muß schließlich so zur Gewohnheit geworden, so eingeschliffen sein, daß man selbst unüberlegte Ausdrücke, wie „der Kranke leistet nichts", „er ist dazu nicht zu gebrauchen" nicht mehr hört und zurückzuweisen braucht. Es macht einem dann auch wirkliche Freude, wenn man an Ort und Stelle den Erfolg dieser Erziehungsarbeit feststellen kann. Wenn man z. B. unbemerkt eine Krankengruppe beobachtet und sieht, wie ein junger Pfleger, in dessen ganzer Persönlichkeit Frische und vorwärtsdrängende Tatkraft ausgeprägt ist, so daß man fühlt, der möchte am liebsten die ganze Arbeit selbst machen,



doch geduldig und behutsam den leicht erregten, lachenden, kopfschüttelnden Kranken zur Arbeit anregt, wie er ihm immer wieder den Fuß auf den Spaten setzt, bis endlich die Mühe belohnt wird und der Kranke eine Zeitlang ununterbrochen weitergräbt. Oder wenn man sieht, wie eine Pflegerin die übrigen Kranken einer Arbeitsgruppe geschickt aus der Nähe einer plötzlich, vielleicht unter dem Einfluß von Sinnestäuschungen scheltenden, sich aufgeregt gebärdenden, mit ihrem Arbeitsgerät drohenden Kranken entfernt, wie eine andere, deren aufmerksames geschultes Auge bei einer arbeitenden Kranken eine leise in die Erscheinung tretende Ermüdung bemerkt, diese Kranke, die doch immer weiterarbeiten will, unter freundlichem Zuspruch und vertraulichem Umfassen aus der Arbeitsgruppe hinweg nach dem nächstgelegenen Schattenplatz führt und sie dort auf der Bank ausruhen läßt. Der Arzt, der darauf aufmerksam gemacht hat, daß oft eine gewisse Ermüdung, eine auch nur leichte, vielleicht nur kurzdauernde Erschöpfung der Kräfte bei diesen Kranken zu schweren Störungen führen kann, die das mühsam begonnene Werk der Anwendung des Heilmittels der Arbeit, der Erziehung zur Arbeit oft auf lange Zeit zu stören vermag, kann sich mit Recht bei solchem Anblick über seine verständige Mitarbeiterin freuen, die seine Lehren so richtig aufgefaßt und beherzigt hat. Wenn es nun auch das Bestreben des Arztes im Verein mit der Arbeit des Oberpflegepersonals ist, die an diesen Beispielen gezeigten guten Ergebnisse des ständig am Pflegepersonal geübten Erziehungswerks in der Arbeitstherapie möglichst bei allen zu erzielen, die berufen sind, in diesem wichtigen Zweige der Heilkunst der praktischen Psychiatrie zum Wohle der Kranken mitzuhelfen, so ist es doch klar und auch bei uns zu einer Erfahrungstatsache geworden, daß dieses Ziel nie ganz erreicht werden kann, daß wir uns damit begnügen müssen, ihm möglichst nahe zu kommen. Stützt sich doch diese Erziehungsarbeit auf die wertvollsten Eigenschaften in der menschlichen Natur. Die Krankenpflege in der Arbeitstherapie ist eine Arbeit, die nicht nach außen wirkt, die die Schwäche der Menschen, die Eitelkeit nicht befriedigt, das Strebertum nicht lockt, die auf der andern Seite aber Aufopferung fordert, Geduld, Güte, Nachsicht, Niederzwingung aller im Menschen dagegen wirkenden Kräfte, der Ungeduld, des Ärgers über anscheinend und wirklich erfolgloses Tun, des Zornes über entgegentretendes Nichtwollen, über Widerstand, über unverständiges, verkehrtes Benehmen der Kranken, das manche Arbeit wieder zunichte macht, über feindliche, oft sehr gefährliche Angriffe derjenigen, denen Gutes geschehen soll. Es sind sehr wertvolle Eigenschaften, die das Pflegepersonal besitzen oder sich erwerben muß. Sind sie nicht vorhanden, so fehlt der innere Beruf zur Krankenpflege, und der muß gerade auch in der Arbeitstherapie unbedingt verlangt werden. Wir müssen sicher sein können, daß das Pflegepersonal selbständig in allen Lagen zu handeln vermag, wie es das Wohl der Kranken erheischt. Ist der Arzt und ist das Oberpflegepersonal auch noch so häufig an Ort und Stelle, immer ist das doch nicht möglich. Da müssen wir uns eben auf die guten Verstandes- und Gemütskräfte unseres Personals verlassen können. Es gibt schwierige und gefährliche Lagen genug, denen das Personal gewachsen sein muß, damit kein Unglück geschieht und die



Wohltat, die wir unsern Kranken erweisen wollen, sich nicht ins Gegenteil verkehrt. Es muß da zeigen, was es gelernt hat, muß Umsicht, Entschlußfähigkeit, besonnene Überlegtheit, ruhige, klare, sichere, feste Entschlossenheit beweisen. Ich weise da nur auf Vorkommnisse hin, die ja in keiner Anstalt unbekannt sind, die wir hier vielfach erlebt haben, auf plötzliche heftige Erregungszustände, die mitten in der Arbeit Kranke überfallen, oder feindliche Verkennung der Umgebung, die ihnen Anlaß zu plötzlichen, blindwütigen Angriffen gibt. Immer wird ein großes Maß von Selbstbeherrschung von unsern Pflegern und Pflegerinnen verlangt. Sie dürfen im Beruf der eigenen Stimmung nicht nachgeben, die, wie es ja menschlich natürlich ist, so manches Mal nicht rosig sein mag, mögen die Gründe sein, welche sie wollen. Nie darf der Kranke unter einer schlechten Stimmung seines Pflegers leiden, ja er soll überhaupt nichts davon merken. Soll wirklich die Arbeit ein Heilmittel sein, das den Kranken in der angenehmsten Form dargereicht wird, so gehört dazu, daß die Pfleger und Pflegerinnen in ihrem ganzen Wesen den Kranken Freundlichkeit, Geduld und Güte im aufmunternden Blick, im Ton der ermutigenden Worte, in allen Handlungen der Beihilfe zur Arbeit entgegenbringen. In Heiterkeit und Fröhlichkeit soll die Arbeit in der Anstalt vor sich gehen, das haben wir immer unsern Mitarbeitern in der Krankenpflege als grundsätzliche Forderung vor Augen gestellt.

Außer den Schwierigkeiten, die bei dem Pflegepersonal liegen, sofern es die angeführten Eigenschaften nicht besitzt, sich nicht genügend für die Arbeitstherapie heranbilden läßt oder ganz versagt und ausgewechselt werden muß, erwachsen der erfolgreichen Anwendung dieses Heilmittels auch sonst noch Widerstände, die überwunden werden müssen: Zunächst ist es ja nichts Ungewöhnliches, daß bei manchen Kranken das noch so eindringliche Wort des Arztes nichts nützt, daß der Kranke, der nach seinem körperlichen und geistigen Gesamtzustande sehr wohl arbeiten könnte, sich nicht davon überzeugen lassen will, daß die Arbeit ihm nur zu seinem eignen Besten verordnet wird. Da haben auch wir die kleinen äußeren Mittel, die als Beihilfen zum Erfolg gewissermaßen gehören. Da sehen die sonst besonnenen Kranken, die dem Rat des Arztes nicht folgen und gar oft die Arbeit mit den Worten ablehnen, dazu seien sie nicht da, dazu brauchen sie den Anstaltsaufenthalt nicht, wie diejenigen ihrer Leidensgenossen, die die verordnete Arbeit ausführen, so manche kleine Vergünstigung erhalten, wie ihre Kost entsprechend ihrem Kraftverbrauch bei der Arbeit gut aufgebessert wird, wie die Raucher Tabak und Zigarren bekommen, wie ihnen wohlschmeckende erfrischende Limonade verschrieben, wie auch leichtes Bier, Wein oder Obstmost verabreicht wird, wie sie zu manchen Ausflügen zu Fuß und zu Wagen herangezogen, wie sie zu den Festlichkeiten in der Anstalt besonders eingeladen werden, wie man Wert auf ihre Teilnahme legt, wie man ihnen auch sonst entgegenkommt, ihnen besondere Wünsche in bezug auf ihre Kleidung erfüllt, ihnen auch kleine Geschenke macht und sie zu Weihnachten besonders bedenkt, wie sie zur Bestreitung kleiner Bedürfnisse Taschengeld erhalten, wie sie vielleicht auch ihren Angehörigen eine Freude machen dürfen. Das alles wirkt dann doch auf die meisten im beabsichtigten Sinne, und sie lassen sich früher oder später



herbei, mitzutun. Die zusagende Art der verordneten Arbeit, das allseitige freundliche Entgegenkommen, im geeigneten Falle der lobende Zuspruch oder das ruhige Gewährenlassen, scheinbar Unbeachtetlassen tun dann das übrige, wozu noch das Gefühl der wohltätigen Einwirkung der Arbeit in der frischen Luft auf ihre ganze körperliche und geistige Verfassung kommt, um sie bei der Arbeit zu halten. Eine Entlohnung, eine Vergütung der geleisteten Arbeit nach ihrem eigentlichen Wert, an die man ja denken könnte, da sie in der Tat der Anstaltswirtschaft zugute kommt, haben wir in der Betonung des Grundsatzes, daß die Arbeit in der Anstalt nur Heilmittel ist, stets abgelehnt. Wie bei der Belehrung und Erziehung des Personals, so mußten wir das auch immer und immer wieder gegenüber Kranken, deren Angehörigen und unterstützungspflichtigen Armenverbänden betonen. Sehr oft kamen die Anfragen, ob der Kranke, der ja im Anstaltsbetriebe arbeite, nicht durch seine Arbeit der Anstalt so viel leiste, daß die Kosten seiner Verpflegung ganz oder wenigstens zum Teil dadurch abgegolten würden. Eine Lohnfrage soll es für Kranke in einer Heilanstalt nicht geben.

Solange die Kranken in der Anstalt behandelt und verpflegt werden müssen, soll es keine andere Sorge geben wie die, sie zu heilen, zu bessern, sie in möglichst gutem geistigen und körperlichen Kräftezustand zu erhalten und sie, wenn irgend möglich und so bald wie möglich, dem Leben außerhalb der Anstalt und ihren Familien wieder zurückzugeben. Zur Behandlung des Kranken gehört aber die ärztliche Verordnung der Arbeit, soweit und sobald sie für ihn nötig ist. Sie dient lediglich dem Heilzweck. Daß die Arbeit einen Nutzen, einen Wert haben soll, gehört ebenfalls zum Heilzweck. Unnötige, zwecklose Tätigkeit ist in diesem Sinne keine Arbeit. Nur wirkliche, für den Kranken selbst ohne weiteres erkennbar nützliche Arbeit kann die wohltätigen Wirkungen auf ihn ausüben, die wir ärztlich beabsichtigen. Daß die von den Kranken auf ärztliche Verordnung geleistete Arbeit der Anstaltswirtschaft Nutzen bringt, hat mit der ganzen Frage an sich nichts zu tun. Wie Sanatorien ihre Übungsgeräte den Kranken zur Verfügung stellen und sich dafür bezahlen lassen, so bietet die Heil- und Pflegeanstalt in allen ihren Einrichtungen, in ihrem landwirtschaftlichen Betrieb, in ihren Gärtnereien, in ihren Werkstätten usw. ihren Pflegebefohlenen die Mittel und die Möglichkeit zur Arbeit auf ärztliche Verordnung, wie sie zu ihrem Wohle angemessen und notwendig erscheint. Es könnte also vielmehr die Rede davon sein, daß die Kranken für die ihnen durch die recht kostspieligen Einrichtungen der Anstalt gebotenen Arbeitsmöglichkeiten, den Heilzweck angenehmer und schneller zu erreichen, noch besonders zu bezahlen haben, als umgekehrt für ihre Arbeit bezahlt zu werden. An diesen einfachen Grundsätzen haben

wir stets festgehalten und sie allen Beteiligten klargemacht. Besonderen Schwierigkeiten sind wir dabei nicht begegnet.

Größere Schwierigkeiten bereitete uns bei der Durchführung der Arbeitstherapie die Art und die Zusammensetzung unserer Anstaltsbevölkerung selbst mit der Stellung unserer Anstalt in der staatlichen Irrenfürsorge. Da die Kreispflegeanstalten Badens, von den Kreisen unterhaltene Anstalten der Armenpflege, auch Geisteskranke verpflegen, soweit sie der psychiatrischen Behandlung nicht oder nicht mehr bedürfen, ist ein nicht unbedeutender Teil der sogenannten harmlosen, unschwer zu behandelnden, leicht zur Arbeit zu erziehenden und bei ihr zu erhaltenden Kranken, die in manchen Heil- und Pflegeanstalten einen Stamm guter Arbeiter bilden, der Staatsanstalt entzogen. Die 9 Kreispflegeanstalten unseres Landes haben unter ihren Pfleglingen mindestens 40 % chronische Geisteskranke. Unsere Bestrebungen, sämtliche Geisteskranke der staatlichen Irrenfürsorge zuzuführen, können jetzt um so weniger auf Erfolg rechnen, als die Finanzlage uns gezwungen hat, auf den Neubau von Heil- und Pflegeanstalten für lange Zeit zu verzichten, den fertig geplanten Bau der großen Anstalt bei Rastatt, die nach dem vor dem Kriege aufgestellten Bauprogramm 1919 eröffnet werden sollte, ganz aufzugeben und zufrieden zu sein, wenn es gelingt, den Ausbau der Anstalt bei Konstanz möglichst zu fördern. Wir müssen also wie früher mit den Plätzen der Kreispflegeanstalten rechnen und sind genötigt, um einer neuen Überfüllung der staatlichen Anstalten vorzubeugen bzw. die sicher wieder zu erwartende möglichst hinauszuschieben, chronisch Kranke, soweit sie als harmlos zu betrachten sind und sich in günstigen Dauerzuständen befinden, in die Kreispflege zu überführen, ohne Rücksicht darauf, daß sie bei uns wieder zur Arbeit erzogen und in unserem Wirtschaftsbetriebe geschätzte Arbeitskräfte geworden sind. Wir haben unsere Arbeitstherapie also vielfach an Kranken anzuwenden, die schwieriger zu behandeln sind, in ihren Zuständen wechseln, leicht erregbar und reizbar, zu allerlei Verkehrtheiten, Zerstörungen und sonstigen Gewalttätigkeiten geneigt, unzuverlässig, fluchtverdächtig und häufig mit verbrecherischen Neigungen behaftet sind. Diese ungünstige Zusammensetzung der in unserer Anstalt verpflegten Kranken wird auch dadurch bewirkt, daß die Angehörigen und die Ortsarmenverbände der Ersparung der Verpflegungskosten wegen auf die Entlassung drängen, sobald sie hören, daß ihre Kranken zu arbeiten angefangen haben. Da gibt es manchen Kampf, um allzufrühe Entlassungen, die den ganzen bisherigen Erfolg unserer Arbeitstherapie in Frage stellen, zu verhüten. Immer trägt aber dieser Druck von außen dazu bei, daß die Entlassungen stets so frühzeitig stattfinden, wie es nur ärztlich verantwortet werden kann, und kein Kranker, ganz abgesehen davon, daß dieses gesetzlich ausgeschlossen ist, etwa aus wirtschaftlichen Gründen, wenn er durch die Anstaltsbehandlung ein brauchbarer Arbeiter geworden ist, länger als nötig in der Anstalt zurückbehalten wird. Weitere sehr erhebliche Schwierigkeiten erwuchsen uns bei der Arbeitstherapie durch die Überfüllung der Anstalt in den Jahren vor der Eröffnung der Anstalt Wiesloch und noch lange nachher. Bis zur Eröffnung von Wiesloch hatte Emmendingen



die Hauptlast der Fürsorge für die schwierigen chronischen Kranken des Landes zu tragen. Bis zur Überführung der ersten Kranken nach Wiesloch im Herbst 1905 hatte unsere Krankenzahl den Höchststand von 1532 erreicht bei 925 normalen Plätzen. Diese hochgradige Überfüllung, das Überwiegen der schwierigen, unsicheren Persönlichkeiten unter unseren Kranken, das noch mehr in die Erscheinung trat, als in die noch im Bau begriffene neue Anstalt zunächst vorwiegend ruhigere und arbeitsfähige Kranke abgegeben werden mußten, erschwerte unsere Arbeitstherapie ungemein. Zunächst mußten manche schwer zu behandelnde und unzuverlässige, leicht gefährlich werdende Kranke zu unserm Bedauern von dieser Behandlung ausgeschlossen werden, weil wir die Rücksicht auf die allgemeine Sicherheit in den Vordergrund stellen mußten. Dann mußten wir uns, um möglichst vielen die Arbeit verordnen zu können, dazu entschließen, in den Arbeitsgruppen, deren Vermehrung an sich wegen Personalmangels nicht möglich war, einzelne Kranke nur halbe Tage arbeiten zu lassen, so daß innerhalb dieser Gruppen die Persönlichkeiten ständig wechselten, was natürlich die Aufgaben des Pflegepersonals sehr erschwerte und die noch häufigere Nachschau der Ärzte und des Oberpflegepersonals erheischte. Noch dazu war der Wechsel im Pflegepersonal sehr groß. Gerade für die Arbeitstherapie aber sollte gut geschultes Personal in größerer Anzahl zur Verfügung stehen. Die wenig günstigen Verhältnisse in dieser Beziehung nötigten uns, auf manche Pläne in der weiteren Ausgestaltung unserer Arbeitstherapie zu verzichten, so auf die Einrichtung kleinerer und kleinster Gruppen für Kranke besonderer Eigenart und gesellschaftlicher Stellung und die Durchführung der Arbeit bei verbrecherischen Geisteskranken.

Die Schwierigkeiten, die der Krieg dann brachte, waren nach mehreren Seiten hin einfach nicht zu überwinden. Die wenigen Ärzte, die uns verblieben, hatten genug mit der Durchführung und Sicherung der Krankenpflege in den Abteilungen zu tun. Die Nachschau an Ort und Stelle, die Beobachtung der Kranken bei der ihnen verordneten Arbeit mußte ganz ausfallen. Die Verordnung der Arbeit selbst mußte sich gewissermaßen nur auf die einfachsten Fälle beschränken. Die größere Anzahl des geschulten Personals befand sich im Felde. Die eingestellten Hilfskräfte waren in der Mehrzahl unzulänglich und wechselten noch dazu stark. So war es kaum möglich, die wichtigsten wirtschaftlichen Arbeiten regelmäßig auszuführen, und auch das gelang nur durch die aufopfernde Pflichterfüllung des Oberpflegepersonals, das immer zur Stelle war. Das Kriegsende mit dem Umsturz brachte in der Personalfrage wieder andere Schwierigkeiten. Den Hilfskräften mußte gekündigt werden, das aus dem Felde zurückgekehrte Personal trat wieder in seine alten Stellen. Das gab zunächst rein äußerlich wieder in der Arbeitstherapie Unruhe, Unsicherheit und Störungen genug. Viele der Pfleger der Vor-



kriegszeit erschienen nicht mehr als die alten. Die frohen Gesichter mit der Freude über die glückliche Heimkehr bei der ersten Begrüßung sah man bald nicht mehr. Die politischen Kräfte waren bei der Arbeit. Die Gesichter hatten etwas Gespanntes, Unzufriedenes, Finsteres, bei einzelnen fast etwas Feindseliges bekommen. Überall, auf den Abteilungen, bei der Arbeit sah man Pfleger im Gespräch, das sicher nicht den Bestrebungen für das Wohl der Kranken galt. Eine gewisse Lässigkeit, ein gewisses Widerstreben, ein langsameres Befolgen der Anordnungen, ein Mangel an Entgegenkommen, an Eifer war überall zu merken. Das zeigte sich vielfach sogar ausgeprägt im Gang und in der Haltung, in der Art, wie den Kranken Hilfe geleistet wurde. Der heitere, freundliche Ton, wie er in der Vorkriegszeit beim Pflegepersonal vorherrschte, schien völlig verschwunden. Hätte man nach diesen Beobachtungen ein Urteil abgeben sollen, so hätte man sagen müssen, daß man sich im Personal getäuscht habe, daß nur bei wenigen der innere Beruf zur Krankenpflege wirklich vorhanden war, in solcher Stärke, so wirksam und so bestimmend, daß keine äußeren Einwirkungen hier schädlich sein konnten. Daß diese Veränderung in der seelischen Verfassung des Personals sich besonders auch in der Arbeitstherapie ungünstig geltend machen mußte, war klar. Das Heilmittel der Arbeit konnte den Kranken natürlich nicht in der angenehmsten Form dargeboten werden, wenn die Pfleger nur lässig, unzufrieden, mürrisch, höchstens bedacht, sich keine ausgesprochenen Verfehlungen zuschulden kommen zu lassen, bei der Sache waren. Das ist nun allmählich wieder besser geworden, und wir hoffen, in nicht zu ferner Zeit, wenn die äußeren Verhältnisse sich nicht gar zu ungünstig entwickeln, diese Schwierigkeiten in unserer Krankenpflege überwunden zu haben.



Zeitgemäße Betrachtungen zum wirtschaftlichen Betrieb der Irrenanstalten.

Von

Dr. **Adolf Groß**-Konstanz, früher Rufach (Ob.-Els.).

Durch die gewaltigen Umwälzungen, die Krieg und Revolution in Deutschland mit sich gebracht haben, ist auch die Irrenfürsorge in erheblichem Maße beeinflußt und sind Folgen herbeigeführt worden, die sich noch weiter in zunehmendem Grade auswirken werden.

In der Einleitung meiner Arbeit über „Allgemeine Therapie der Psychosen“ [1]) schrieb ich zu Beginn: „Die letzten Jahrzehnte des verflossenen und das erste dieses Jahrhunderts brachten eine Ausgestaltung der Anstaltsfürsorge für die Geisteskranken, wie sie in diesem Umfang und dieser Vollkommenheit wohl vorher niemand geahnt hätte. Staaten und Provinzen wetteiferten in der Errichtung von vortrefflich und nach modernen Prinzipien erbauten und eingerichteten Irrenanstalten, welche einer immer größeren Anzahl unserer Kranken eine den Forderungen der Humanität und der allgemeinen Hygiene entsprechende Unterkunft und Verpflegung darbieten.“ Man wirtschaftete auf diesem wie auf anderen Gebieten aus dem Vollen; das Beste und Teuerste war gerade gut genug, um dem Wohl der Geisteskranken, dem Heilzweck zu dienen. Finanzielle Bedenken mußten und konnten zurücktreten, wenn es galt, hygienisch-technische Musterleistungen zu schaffen.

Diese Entwicklung ist jäh unterbrochen worden. Wir sind ein armes Volk geworden, Staaten und Provinzen müssen sich in ihren Ausgaben aufs äußerste einschränken, und von opulent eingerichteten und ausgestalteten Neubauten wird für absehbare Zeit nicht mehr die Rede sein können. Ja, eine genügende Instandhaltung der vorhandenen Anstalten erscheint ebenso wie die Aufrechterhaltung einer

---

[1]) Im Handbuch der Psychiatrie, herausgegeb. von Aschaffenburg. Deuticke. Leipzig und Wien. 1912.



den Forderungen der Humanität entsprechenden Unterkunft und Verpflegung innerhalb der bestehenden Anstalten vielfach in Frage gestellt.

Der Betrieb der Irrenanstalten ist deshalb besonders gefährdet, weil die Ausgaben für die Geisteskranken zwar allgemein als vom humanitären Standpunkt notwendig anerkannt, aber vielfach als sozial unproduktiv eingeschätzt werden. Es besteht daher die Gefahr, daß man bei erzwungener Einschränkung der Ausgaben für sanitäre Zwecke die für die Behandlung geistiger Störungen aufzuwendenden Mittel relativ stärker kürzen könnte, zum Vorteil der Bekämpfung solcher Krankheiten, die bessere Aussichten auf Heilung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zu bieten scheinen. Denn das neue Deutschland wird für unproduktive Ziele nicht viel Geld übrig behalten.

Dieser Entwicklung gilt es in geeigneter Weise vorzubeugen, durch Aufklärung über die soziale Leistung der Heilanstalten, durch Einstellung der Behandlungsmethoden auf sozialökonomische Forderungen, soweit dies noch nicht geschehen und überhaupt möglich ist, sowie durch Anpassung unserer finanziellen Anforderungen an die veränderten Zeitverhältnisse, um zu erreichen, daß, wenn aufs äußerste gespart werden muß, am richtigen Ort gespart wird. Nur auf diese Weise können wir die praktische Irrenfürsorge vor einem Rückfall in längst überwundene Verhältnisse bewahren und die unserer Obhut und Sorgfalt anvertrauten Geisteskranken leidlich ungeschädigt oder doch nicht mehr geschädigt als die deutschen Menschen im allgemeinen durch die Nöte der Zeit hindurchzusteuern hoffen.

An der Wurzel des stolzen Baumes, zu dem sich die Irrenfürsorge bis zum Beginn des zweiten Dezenniums dieses Jahrhunderts entfaltet hat, nagt der Wurm der Teuerung auf allen Gebieten. Die verminderte Kaufkraft des Geldes nötigte zu enormen Lohnsteigerungen für das Personal, das an Irrenanstalten verhältnismäßig viel zahlreicher sein muß und daher budgetmäßig stärker ins Gewicht fällt als an den anderen Krankenanstalten. Infolge Verkürzung der Arbeitszeit mußte die Zahl des Pflegepersonals erheblich vermehrt werden. So ist der Personalaufwand für eine große Anstalt auf das vielfache, zu einem Millionentitel angestiegen, der wie ein gefräßiger Moloch die anderen Aufwendungen zu verschlingen droht. Es handelt sich hier um das Ergebnis der wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung, an dem wir nichts ändern können, und mit dem wir uns abfinden müssen. Ebenso unentbehrlich wie die menschlichen Hilfskräfte zur Behandlung und Besorgung der Geisteskranken sind die Lebensmittel, um sie zu ernähren. Während des Krieges



wurden die Ernährungsverhältnisse in den Anstalten, deren Insassen auf die ex officio gelieferten Viktualien beschränkt waren und nicht wie die überwiegende Mehrzahl ihrer geistesgesunden Volksgenossen sich durch Hamstern helfen konnten, katastrophal, und es ist bekannt, welche großen Lücken die quantitative und qualitative Unterernährung in den Krankenbestand der Anstalten hineingefressen hat. Jetzt kann man die Kranken wieder einigermaßen ausreichend ernähren oder wenigstens sättigen; denn die gelieferten Nahrungsmittel vertragen eine Probe auf den nach den Grundsätzen der Hygiene erforderlichen Kaloriengehalt nicht, und subjektiv berechtigte Klagen über Speisezettel, Menge und Qualität der Nahrung sind an der Tagesordnung und eine Plage für den Abteilungsarzt und Verwalter. Man mag nur gegenüberstellen: früher gab es täglich Fleisch, oft mehrmals täglich für die besseren Klassen; für die arbeitenden Kranken Wurst- oder Käsebeilagen zu Frühstück oder Abendessen; fleischfreie Tage waren eine seltene Ausnahme. Jetzt ist Fleischkost selten, fast nur noch ein Sonntagsvergnügen, die fleischlosen Tage sind die Regel geworden. Früher gab es Brot nach Belieben (in Rufach 500 g täglich im Durchschnitt), jetzt 200—250 g eines Brotes aus gestrecktem Mehl. Das geht aber alles noch, wenn genügend Kartoffeln da sind und das Manko an Quantität und Qualität der Gesamternährung durch reichlichen Kartoffelzusatz zum Gemüse ausgeglichen werden kann. Vorübergehender Mangel an Kartoffeln führt zu katastrophalen Zuständen. Was wir an der Kartoffel haben, haben wir erst jetzt so recht gemerkt!

Der Hinweis auf die veränderten Zeitverhältnisse bleibt meist ohne Eindruck auf die Geisteskranken, die infolge von Urteilsschwäche oder pathologischen Gedankengängen nicht imstande sind, diese Gründe in ihrer Durchschlagskraft zu würdigen. So kann eine gewitterschwüle Atmosphäre entstehen und selbst das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten und damit die psychotherapeutische Betätigungsmöglichkeit vorübergehend in ernster Weise leiden.

Ähnlich wie mit der Ernährung steht es mit der Heizung, Beleuchtung, Bettung, Kleidung, Reinigung der Kranken. Diese Anforderungen verschlingen Unsummen gegen früher, und trotzdem kämpfen wir einen schweren und nicht immer erfolgreichen Kampf gegen ungenügend beheizte und beleuchtete Räume, wir können Kleidung und Leibwäsche unserer Kranken nicht in dem wünschenswerten Zustand erhalten, die Bettwäsche nicht immer so erneuern, als es bei den vielfach zur Unsauberkeit neigenden Kranken erforderlich wäre, denn es muß an Seife gespart werden, und auch die Darreichung von Bädern und gar die Durchführung der für die Behandlung unruhiger und siecher Kranken so wertvollen Dauerbäder stößt oft auf schwer überwindbare Hindernisse.

Nur mit Mühe und manchem notgedrungenen Verzicht auf therapeutische Wirkungsmöglichkeiten gelingt es, die im Budget für Arzneien verfügbare Summe, trotz Erhöhung, mit den Anforderungen der Krankenbehandlung in Einklang zu bringen. Das Bestreben der Anstaltsärzte, sich wissenschaftlich auf derselben Höhe zu erhalten wie vor dem Kriege, wird erschwert durch die Teuerung der wissenschaftlichen Hilfsmittel, der Bücher und Zeitschriften, der Instrumente und Chemikalien, und



es besteht die Gefahr, daß gerade hier, bei den Mitteln für die Bibliothek und das sonstige wissenschaftliche Rüstzeug der Ärzte, eine den Zeitverhältnissen angemessene Erhöhung abgelehnt wird, da die Notwendigkeit dieser Dinge dem Laien nicht so leicht klarzulegen ist wie die einer ausreichenden Ernährung und Kleidung. Und doch braucht der Anstaltsarzt, der sich, wenn er ein Herz für seine Kranken hat, an den Nöten derselben aufreibt, der steten Beziehung zur Wissenschaft nötiger denn je, von deren Berührung er, wie Antäus von der Erde, wieder zu neuem Ringen neue Kraft schöpft; wobei zu erwähnen wäre, daß die einzige Kategorie von Anstaltsbeamten, die durch zahlenmäßige Vermehrung die finanziellen Nöte der Anstalten nicht gesteigert hat, die der Anstaltsärzte ist. In Rufach pflegte ich prozentual zu berechnen, wieviel von den Gesamtausgaben des Anstaltsetats auf die einzelnen Titel kam, auf Ernährung, Kleidung und Lagerung, Heizung usw., und hierbei kam schon damals nur ein verschwindender Prozentsatz auf die ärztliche Versorgung der Anstalt. Die Zahlen sind mir leider nicht mehr zugänglich. Die Ausgaben für die ärztliche Versorgung der Anstaltskranken sind aber gegenüber denjenigen für das übrige Anstaltspersonal und die sachlichen Aufwendungen jetzt zweifellos relativ noch sehr viel geringer geworden.

Da das Personal seinen Ansprüchen gemäß entlohnt, die Räume der Anstalt leidlich beheizt und die Kranken ausreichend ernährt und einigermaßen anständig bekleidet werden müssen, so entstehen dadurch solch enorme Ausgaben, daß die entscheidenden Instanzen versucht sein werden, an anderen Stellen, wo es für den Augenblick nicht so auf den Nägeln brennt, um jeden Preis zu sparen. Ein besonders gefährdetes Gebiet ist die Bauunterhaltung. Man könnte dazu kommen, dringende Instandhaltungsarbeiten hinauszuschieben, wodurch sie in der Regel nicht billiger, sondern teurer werden, und zwar nicht nur infolge zunehmender Verteuerung des Materials und Arbeitslohnes. Vielmehr steigern sich die Schäden, wenn sie nicht gleich, nachdem sie festgestellt sind, behoben werden, durch progressiven Verfall des zugrunde liegenden Objektes, das selbst völlig unbrauchbar werden kann. Durch Hinausschieben der Erneuerung fälligen Ölfarbenanstrichs verwittert das Holz von Fenstern, Türen und Lamperien, die Fußböden leiden unter ungenügendem Ölen oder Wachsen. Am schwersten kann sich unangebrachte Sparsamkeit rächen, wenn Teile maschineller Anlagen nicht rechtzeitig ergänzt und ausgewechselt werden; ich erinnere nur an die Installation der Heizung und Wasserversorgung, von Kochküche und Waschküche. Vorübergehende Ersparnis von Zehntausenden kann zur Ausgabe von Hunderttausenden zwingen, wenn nicht gar das Versagen eines Betriebes zu groben Störungen im Anstaltsmechanismus führt. Mit Recht legten umsichtige Betriebsleiter schon immer Wert darauf, unvollkommene technische Einrichtungen, auch wenn sie noch leidlich verwendbar waren, durch neue moderne Typen zu ersetzen, wenn durch Rentabilitätsberechnungen nachgewiesen war, daß deren Mehrkosten mehr wie ausgeglichen wurden durch das ökonomischere Funktionieren und die Kohlenersparnis der Neuinstallierung. Der Wert derartiger Rentabilitätsberechnungen kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Man sollte dringend davor warnen, durch sie begründete Verbesserungen zu unterlassen, wenn sie zunächst auch teuer erscheinen mögen.



Bisher war die Rede von den verschiedenen Umständen, welche die Irrenfürsorge verteuern. Wir kommen nun zu einer in ihrer Entstehungsursache bedauerlichen Entwicklung, durch welche die Kosten der Anstaltsversorgung der Geisteskranken erleichtert werden; ich meine die Abnahme des Krankenstandes an den deutschen Irrenanstalten als Folgen von Krieg und staatlicher Umwälzung. Es ist allgemein bekannt, daß durch Unterernährung, Tuberkulose, Ruhr und Grippe die Zahl der in den Anstalten versorgten Geisteskranken erheblich abgenommen hat, vielfach um ein Drittel und mehr. Wenn nun auch die Kosten für den einzelnen Verpflegungstag stark gestiegen sind, so steht dem die Reduzierung der Zahl der Gesamtverpflegungstage kompensatorisch gegenüber. In vielen Heil- und Pflegeanstalten stehen ganze Pavillons leer und können zur Behebung der Wohnungsnot von Beamten und Pflegepersonal herangezogen werden. Mancherorts plant man die Aufhebung ganzer Anstalten und ihre Verwendung zu anderen Zwecken, als Erholungsheime, Tuberkuloseheilstätten, Fürsorgeanstalten. Da die Zahl der versorgungsbedürftigen Geistesgestörten aber zweifellos bald wieder ansteigen wird, indem viele von denen, die durch den Krieg zu Geistes- oder Nervenkrüppeln geworden sind, sich bei dem kommenden Elend und der sich steigernden Arbeitslosigkeit im Kampf ums Dasein nicht werden behaupten können und hilflos oder insozial werden müssen — so scheint mir dies eine nicht unbedenkliche Entwicklung. Es könnte dazu kommen, daß man jetzt in Anbetracht der vorübergehenden Verminderung der versorgungsbedürftigen Geisteskranken Anstalten aufläßt, um nachher mit beträchtlichen Kosten neue Plätze schaffen zu müssen.

Wie soll man sich nun diesen Gefahren, Nöten, Übelständen und Möglichkeiten gegenüber verhalten? Ein wesentlicher Gesichtspunkt hat sich gegenüber der Vorkriegszeit verschoben. Während man damals anstrebte und anstreben konnte, die Öffentlichkeit von geistig krankhaft gearteten Elementen möglichst vollkommen und dauernd zu befreien, so wird jetzt unter Zurückstellung derjenigen Gründe, die zu einer derartigen Ausdehnung der Anstaltsfürsorge anreizten, eine weitgehende Beschränkung des Kreises der in Heil- und Pflegeanstalten zurückzuhaltenden Personen Platz greifen müssen. Dabei wird man aber einer Erschwerung der Aufnahmen auch jetzt nicht das Wort reden dürfen, da hierdurch das Wohl der psychisch Abnormen selbst sowohl wie die öffentliche Ordnung und Sicherheit in erheblichem Maße geschädigt würden. Wer sich selbst psychisch so krank fühlt oder von seiner Umgebung als so krankhaft geartet eingeschätzt wird, daß er der Anstaltsbeobachtung und -behandlung bedarf, muß derselben auch weiterhin ohne Erschwerung und Verzug teilhaftig gemacht werden können. Aber soweit es sich um den Verbleib, um die Zurückhaltung in den Irrenanstalten handelt, erscheint strengste Musterung geboten. Die Anstalten werden noch



mehr als bisher reine Krankenbehandlungs- und -beobachtungsstationen werden müssen. Es wird ihre Zukunftsaufgabe sein, für die Behandlung der stürmischen Zustände im Beginn und Verlauf des Irreseins zu dienen, nach Ablauf der akuten Stadien aber mit allen Kräften die Entlassung, die weitere Versorgung in Familie und Allgemeinheit zu betreiben und alles zu tun, um dies zu ermöglichen und zu erleichtern. Es wird übrigens kaum eines Druckes in dieser Richtung von seiten der Anstalt bedürfen, da die rapide steigenden Verpflegungskosten schon das Ihrige tun, um Angehörigen und Armenverbänden eine längere Anstaltsverpflegung zu verleiden. In dieser Richtung bewegen sich die Bestrebungen der *Bleuler*schen Schule, frühzeitig zu entlassen; ihr dient die Arbeit der Hilfsvereine, die für Unterkunft, Beschäftigungsgelegenheit und sachgemäße Unterstützung der Entlassenen sorgen wollen. Ihr entspricht auch das Streben unserer Standesorganisation, die Tätigkeit des Irrenarztes aus der Abgeschlossenheit der Anstalt hinaus in die Öffentlichkeit zu erweitern, durch Ausgestaltung der sozial-psychiatrischen Tätigkeit der Anstaltsärzte, auf dem Wege der Entlassenenfürsorge und der Einrichtung von Beobachtungsstellen für Geistes- und Nervenkranke an den Landesanstalten, wo sich die ungeheilt Entlassenen und deren Angehörige Rat einholen können und eine ambulante Behandlung und Beratung seelisch Abnormer aller Art möglich wird [1]). Es fällt damit zusammen die vielseitige Arbeit des Irrenarztes im Sinn einer Prophylaxe der Geisteskrankheiten. Auf dieses vielfach und gründlich bearbeitete Gebiet kann hier nicht eingegangen werden. Auch die zielbewußte Arbeit des Irrenarztes an der seelischen Gesundung unseres Volkes im Sinn der interessanten Ausführungen von *Stransky* [2]) gehört hierher.

Eine derartige Entlastung der Irrenanstalten von chronischen, nicht gerade gemeingefährlichen Geisteskranken erscheint um so notwendiger, als die bevorstehende Reform des Strafrechts, die uns die richterliche Einweisung gemindert Zurechnungsfähiger nach verbüßter milderer Strafe in unsere Heilanstalten bescheren soll, uns mit einer Überschwemmung durch kriminelle Elemente bedroht, gegen die uns zur Wehr zu setzen wir allen Anlaß haben, da sie, im Gegensatz zu den dargelegten Bestrebungen, aus den Heil- und Pflege-

[1]) Vgl. auch *Römer*, Die sozialen Aufgaben des Irrenarztes in der Gegenwart. Ps.-n. W. Jg. 1921.

[2]) *Stransky*, Der seelische Wiederaufbau des deutschen Volkes und die Aufgaben der Psychiatrie. Z. f. d. g. N. u. Ps. LX. Bd. 1920.



anstalten überwiegende Heilanstalten zu machen, vielmehr eine Entwicklung derselben in der Richtung von Verwahrungsanstalten für Kriminelle begünstigen würde. Eine gewisse Vorsicht in der Anwendung des § 51 bei Grenzfällen war schon bisher angezeigt; wenn aber die minderwertigen Rechtsbrecher, die Psychopathen und Grenzzustände unseren Anstalten zufließen sollen und nicht vielmehr, wie es richtig wäre, besonderen „Sicherungsanstalten", die in Einrichtung und Betrieb die Mitte halten zwischen Gefängnis und Irrenanstalt, so wird es ein Gebot der Notwehr sein, im Interesse unserer rein ärztlich zu behandelnden Kranken, uns bei der Zubilligung geminderter Zurechnungsfähigkeit in Grenzfällen Beschränkung aufzuerlegen. Andernfalls erleichtern wir zwar die Lasten der Irrenfürsorge durch Entlassung von chronisch-unheilbaren Geisteskranken, erschweren sie aber wieder durch Anfüllung der Anstalten mit psychopathisch-minderwertigen Kriminellen.

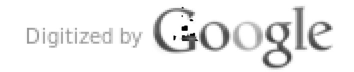
Es ist zu hoffen, daß es durch Ausbau der Irrenfürsorge außerhalb der Anstalten gelingen wird, den Neubau von Anstalten und den Bau von neuen Pavillons in den schon vorhandenen Anstalten auf Jahrzehnte hinaus zu vermeiden. Um dieses Ziel zu erreichen, wird man sich auch nicht scheuen dürfen, unsere Krankenräume so weit auszunützen, als es die hygienischen Anforderungen irgendwie zulassen. Eine gewisse Überfüllung werden wir in Kauf nehmen müssen. Wenn alle unsere Volksgenossen in engeren, weniger komfortablen Verhältnissen leben müssen, so dürfte es nicht ungerecht erscheinen, wenn auch die Geisteskranken an dieser Einschränkung teilnehmen, und in gewissem Grade, der nicht überschritten werden darf, wird dies auch möglich sein, ohne daß ihre Gesundheit notleidet. An dem vorgeschriebenen Luftraum, an der bisherigen Normalbelegungsziffer werden wir nicht pedantisch festhalten können. Sollte aber trotzdem die Entwicklung eine derartige sein, daß die vorhandenen Plätze nicht mehr ausreichen, daß das Interesse der Kranken und der vor ihnen zu schützenden Öffentlichkeit gebieterisch die Schaffung neuer Unterbringungsmöglichkeiten verlangt, so scheint folgender Weg gangbar: Nur für eine verschwindende Minderheit unserer Kranken sind besondere Einrichtungen erforderlich. Für die schwer erregten Geisteskranken brauchen wir Dauerbäder, feste Zimmer zur Überwachung und Absonderung, besonders vorbereitete Sicherheitsvorrichtungen an Beleuchtung, Heizung, Heißwasserhähnen und solide Konstruktion und Sicherung von Türen und Fenstern. Die weit überwiegende Mehrzahl unserer Kranken, nicht nur die



chronischen ruhigen und halbruhigen Arbeitsfähigen, sondern auch die überwachungsbedürftigen Ruhigen und Siechen können untergebracht werden wie körperlich Kranke oder wie Gesunde: in Krankensälen ohne jede irrenanstaltsmäßigen Vorkehrungen, in Bauten gewöhnlichen Wohnungscharakters. Nun hat man vor dem Krieg fast durchweg fest und solid gebaut und nicht nur die Abteilungen für Unruhige, vielmehr auch die Aufnahme- und Überwachungsstationen für Ruhige und Sieche und die Pflege- und Landhäuser für arbeitende Kranke. Ich denke mir nun die Entwicklung so: Wo gebaut werden muß, errichtet man leichte Bauten, mit ganz einfachem Grundriß, an Installationen nur das Nötigste, schmucklos aber gefällig; diese Häuser können mit Siechen und ruhigen Geisteskranken belegt werden, wodurch die bisher von solchen Kranken innegehabten Abteilungen für schwierigere und gefährlichere Elemente frei und verfügbar werden. Man wird sie mit geringen Schwierigkeiten für die neue Bestimmung adaptieren können. Ich empfehle dringend, die alten Alt-Scherbitzer Grundrisse, vielleicht in noch vereinfachter Form, als Vorbild zu wählen. Nicht weil sie sich für die Irrenbehandlung nicht bewährt hätten, ist man von ihnen und ihrer einfachen Ausführung abgekommen, es ließ sich vielmehr ganz vorzüglich mit ihnen arbeiten; sondern „es ist hierfür vor allem die zunehmende Verwendung komplizierter technischer Einrichtungen, insbesondere der Fernheizung und Fernwarmwasserversorgung maßgebend gewesen. Die primitiv und billig gebauten Alt-Scherbitzer Villen mit Öfen und lokaler Dampfheizung wären sicherlich selbst in der zerstreutesten Disposition auch jetzt noch im Bau sowohl wie im technischen Betrieb um vieles billiger, als ein mit allen Errungenschaften der modernen Technik versehener Massen- und Blockbau. Auf diese technische Vollkommenheit vermag man aber ... nicht mehr zu verzichten, da es nicht gut angängig ist, technisch rückständige Einrichtungen zu schaffen“ [1]).

Jetzt, nach dem verlorenen Krieg, müssen wir aber auf vieles verzichten, was uns vor 1914 selbstverständlich erschien, und so werden wir, wenn wir wieder zu bauen genötigt sein sollten, uns nicht bedenken, auf die bewährten Alt-Scherbitzer Vorbilder zurückzugreifen. Wenn man einen derartigen Grundriß richtig entwirft, so kann man, bei geeigneter Führung der Züge und des Schornsteins, mit einem großen Kachelofen für Tages- und Schlafsäle für 50 Kranke

[1]) *Groß* a. a. O. S. 89.



auskommen, ohne daß jemand zu frieren braucht, und was dies in der Epoche der Kohlennot und Kohlenteuerung bedeutet, das braucht nicht erst näher erläutert zu werden.

Die Schwierigkeiten der Bespeisung sind nur auf dem Wege möglichster Annäherung an eine Autarkie des Anstaltsbetriebs auf diesem Gebiete zu lösen. Die Anstalt muß Selbstversorger sein und sich so weit wie möglich selbst ernähren. Dazu gehört das erforderliche Gelände, genügend geisteskranke Arbeitskräfte und ein harmonisches, planvolles Anpassen des landwirtschaftlichen und gärtnerischen Betriebs an die Bedürfnisse der Anstaltsküche, wobei der Speisezettel sich wiederum zu richten hat nach dem, was Feld, Garten und Stall liefern. Diese Anforderungen können nur koloniale Anstalten erfüllen, mit reichlichem Gelände für Landwirtschaft und Gärtnerei. Innerhalb oder unmittelbar am Weichbild von großen Städten gelegene geschlossene, ganz oder zum größten Teil auf den Bezug von Viktualien angewiesene Anstalten sind wirtschaftlich nicht mehr haltbar, und man tut am besten daran, sie eingehen zu lassen, oder doch nur einen Teil derselben noch für die Aufnahmen und als Abteilungen für schwer erregte Geisteskranke zu reservieren, den Rest der Anstalt anderweitiger Verwendung zuzuführen und das Gros der Kranken außerhalb der Stadt auf einem staatlichen oder städtischen Gut, wenn ein solches verfügbar ist und ohne zu große Ausgaben adaptiert werden kann, unterzubringen.

Wo es die Bodenverhältnisse erlauben, wird die Methode die der direkten Kaloriengewinnung sein müssen, d. h. überwiegender Körner- und Kartoffelbau und weniger Viehwirtschaft mit Anbau von Futtermitteln. Es ist in letzter Zeit von fachmännischer Seite darauf hingewiesen worden, wie erheblich größer die Ausbeute von Nährwerten auf diese Weise sich gestaltet, und daß bei Körner-, Kartoffel- und Zuckerrübenbau ein vielfaches von Menschen von derselben Scholle ernährt werden kann. Ganz abgesehen von zahlreichen theoretischen Bedenken und praktischen Schwierigkeiten insbesondere auf dem Gebiet der Düngung, würde eine allgemeine Durchführung dieses Systems schon dadurch unmöglich gemacht, daß man dem frei lebenden Menschen nicht vorschreiben kann, was er essen soll, wenigstens wenn er die Wahl hat. Diese Schwierigkeit fiele ja für die Anstaltsverpflegung weg, so daß für sie eine Annäherung an diese Methode eher durchführbar erschiene als für die Allgemeinheit der frei lebenden Bevölkerung. Natürlich ist auch äußerste Ertragsteigerung des Bodens anzustreben. In dieser Hinsicht hat es sich nach meinen Rufacher Erfahrungen, wo wir mit der Landwirtschaftlichen Versuchsstation für Elsaß-Lothringen in Colmar zusammenarbeiteten, dieser Versuchsgelände einräumten und ihren Rat einholten für die Auswahl von Saatgut und Bodendüngung, die Anknüpfung und Durchführung naher Beziehungen zu landwirtschaftlichen



wissenschaftlichen und praktischen Instituten sehr bewährt. Wir hatten fast durchweg viel höhere Beträge an Körnern und Kartoffeln wie die benachbarten Bauerngüter, obwohl der Boden, frühere Weinberge, eher schlechter war. Leider kann ich über meine Rufacher Erfahrungen nicht zahlenmäßig berichten, da ich alle Aufzeichnungen eingebüßt habe und das Material mir nicht mehr zugänglich ist. Das ist um so mehr zu bedauern, als wir dort die Rentabilität jedes Teilbetriebes gegenüber dem Gesamtbetrieb der Anstalt und im einzelnen wieder die Unterabteilungen eines Teilbetriebes untereinander prozentualiter genau zu berechnen pflegten, d. h. innerhalb des Gesamtbetriebs: Landwirtschaft, Gärtnerei, maschinelle Betriebe, Werkstätten usw.; und innerhalb der Landwirtschaft selbst: Ackerbau, Milchwirtschaft, Schweinezucht usw. Wir hatten es dann in der Hand, mit den Ausgaben an bestimmten Punkten zu bremsen und zu versuchen, die Einnahmen gewisser Quellen zu steigern, und zwar nicht gefühlsgemäß oder schätzungweise, sondern auf Grund stichhaltiger Unterlagen. Unumgängliche Voraussetzung für ein derartiges rationelles Wirtschaften ist aber jedenfalls, daß jede Anstalt ihr autonomes Budget in Einnahme und Ausgabe hat, und daß gesteigerte Einnahmen diesem Budget rechnerisch ohne weiteres zufließen. Sonst ist auf diesem Gebiet nichts zu machen. Den Fleischkonsum wird man ohne Schädigung der Kranken weiterhin aus ökonomischen Gründen einschränken können; denn wenn die Kranken reichlich Brot und Kartoffeln, dazu gute selbstgezogene Gemüse in reichlicher Auswahl erhalten, so genügt im allgemeinen der sonntägliche Fleischgenuß; auch der Mittelstand wird sich für absehbare Zeit nicht viel mehr leisten können. Die Schweinehaltung wird sich im wesentlichen nur insoweit vertreten lassen, als Speiseabfälle und abgängige Kartoffeln dafür verwertet werden können und sollen; bei der jetzigen Nahrungsmittelknappheit ist das viel weniger als früher. Wenn es den Kranken einigermaßen schmeckt, wird jetzt alles aufgegessen. Immerhin wird auch in diesem Umfang die Schweinehaltung manchen Sonntagsbraten liefern können. Noch mehr Wert als früher wird auf gute Zubereitung zu legen sein. Wenn man Braten oder Kotelettes auf den Tisch bringt, ist leicht zu Gefallen gekocht, das weiß jede Hausfrau; Suppe, Gemüse, Kartoffeln wollen mit Umsicht und Geschmack zubereitet sein, wenn nicht Unzufriedenheit auf den Abteilungen herrschen soll. Verfügt die Anstalt über gutes Brot, einen reichlichen Kartoffelvorrat, große Gemüsebestände aller Art, darunter auch Hülsenfrüchte als hochwertiges Nährmittel, so wird nicht viel Fleisch nötig sein. In der Hauptsache bleiben nur die Festbestände anzukaufen. Auch der schwer arbeitende Bauer mancher Gegenden aß schon vor dem Krieg nur einmal in der Woche Fleisch, ohne an seiner Gesundheit zu leiden.

Milch- und Geflügelwirtschaft sind allerdings nicht zu entbehren, da wir Milch und Eier zur diätetischen Behandlung der akuten Psychosen gebrauchen. Die chronischen Kranken können anderweitig genügend ernährt werden und bedürfen dieser hochwertigen Nährmittel nur als Zutaten zu den anderen Gerichten. Da die Viehhaltung ohnedies für die Gewinnung natürlichen Düngers nicht zu entbehren ist, der durch Kunstdünger nicht durchweg ersetzt werden kann, so ergibt sich als End-



ergebnis dieser Erwägungen: keine Mast von Großvieh, aber Milchwirtschaft entsprechend der Größe des Geländes.

Intensivste Bewirtschaftung des Bodens soll ergänzt werden durch lückenlose Heranziehung der dafür geeigneten Kranken zu Feld- und Gartenarbeit. Das geschah in den kolonialen Anstalten auch bisher schon. Hier erhebt sich aber eine neue Schwierigkeit, und wir kommen in ein aus der Not der Zeit entstandenes Dilemma: Um die Ausgaben für die Irrenfürsorge einzuschränken und die Selbstversorgung der Anstalten zu erleichtern, empfehlen wir, alle geeigneten Kranken, vor allem die nicht gemeingefährlichen chronischen Geisteskranken, zu entlassen; je kleiner der Haushalt, das gilt nunmehr, nach dem Krieg, auch für den Anstaltshaushalt, um so leichter ist er zu bespeisen. Aber auf diesem Wege verlieren wir unsere besten kranken Arbeiter, und wenn sich kein Ausweg findet, laufen wir Gefahr, unser Anstaltsgelände mit gesunden Arbeitern bebauen zu müssen, unter entsprechender Belastung des Budgets, und wir kämen vom Regen in die Traufe. Da müssen an die Stelle der entlassenen zuverlässigen die zurückgebliebenen unzuverlässigen Kranken treten, für die fehlenden chronischen die akuten und subakuten Fälle eingesetzt werden. Die Krankenarbeitsgruppen der Unzuverlässigen und der akuten Kranken (Überwachungsgruppe und klinische Gruppe [1])) werden unter Heranziehung aller halbwegs geeigneten Elemente die Arbeit leisten müssen. Schwierige und unzuverlässige Kranke werden durch Kostzulagen und sonstige Vergünstigungen, insbesondere durch Anspruch auf Arbeitsverdienst [2]) zur Arbeit gebracht und dabei erhalten; bei der Beschäftigung akuter — nicht schwer erregter — Kranker ist daran zu erinnern, daß sie mit Bettbehandlung kombiniert werden kann, und daß die konsequent durch längere Zeit durchgeführte Bettbehandlung für besonnene ruhige Kranke meist subjektiv unangenehm und objektiv selten bekömmlich ist. Die Betriebsbeamten werden mit dieser Methode nicht restlos einverstanden sein. Sie würden es, von ihrem Ressortstandpunkt aus mit Recht, vorziehen, die alten, eingearbeiteten Geisteskranken an den Arbeitsstellen zu behalten. Massengruppen unzuverlässiger Kranker schätzen sie erfahrunggemäß weniger, ziehen es vielmehr vor, die arbeitenden Kranken in kleineren Trupps zu verwenden. Je schwieriger auch in dieser Hinsicht die Verhältnisse werden, um so mehr wird der Direktor oder der damit betraute Oberarzt den Arbeitsbetrieb in der Hand behalten müssen, um in regelmäßigen Besprechungen mit den Betriebsbeamten und zuständigen Ärzten den Mittelweg zu finden, auf dem allgemeines Anstaltsinteresse, Sicherheit und Wohl der Kranken und Gedeihen von Landwirtschaft, Gärtnerei und Gewerken gemeinsam fortschreiten können, ohne daß eine Seite zu Schaden kommt. Allerdings nehmen die Entweichungsmöglichkeiten zu, je mehr wir zuverlässige Kranke entlassen und unzuverlässige herausstellen. Dieses Risiko wird aber in Kauf genommen werden müssen und können, zumal *Bleuler* festgestellt hat, daß es oft gerade die auf Grund ihrer Vorgeschichte und

[1]) *Groß* a. a. O. S. 120.

[2]) *Max Fischer*, Wirtschaftliche Zeitfragen auf dem Gebiete der Irrenfürsorge. Verlag Seitz & Schauer. München 1901.



des derzeitigen Befundes am bedenklichsten erscheinenden Kranken sind, die sich bei riskierten Entlassungen am besten halten. Um für die bedenklichsten Kranken die Entweichungsgefahr einigermaßen einzuschränken, käme neben sorgfältiger Beaufsichtigung durch das Personal und ärztlicher Mitbestimmung bei der Art der Verwendung auch eine Einfriedigung der Gemüsegärten mit hohem Drahtgeflecht in Frage — zugleich ein Schutz gegen Diebstähle.

Der schwierigen Ernährungslage wäre also Rechnung zu tragen: durch Kleinhalten der Kopfzahl der Anstaltskranken, äußerste Ausnützung des Anstaltsgeländes in landwirtschaftlicher und gärtnerischer Hinsicht, ausgiebigste Heranziehung auch unzuverlässiger und akuter Kranken zur Arbeit im Freien, Hand-in-Handarbeiten des ärztlichen und des wirtschaftlichen Regimes im Sinn größtmöglicher Leistung.

Kürzer als Ernährungsfrage können Beheizung, Beleuchtung, Bekleidung und Bettung abgehandelt werden. Überflüssig zu sagen, daß auf all diesen Gebieten äußerste Sparsamkeit geboten ist. Bei der Beheizung haben wir es ja im Winter 1919/20 schaudernd erlebt, was Frieren heißt, und bei den unmäßigen Kohlenanforderungen unserer Feinde, zumal nach erfolgter Absperrung des Ruhrgebiets und bei dem Verluste eines großen Teils des oberschlesischen Kohlenreviers an Polen, können jederzeit die Kohlennöte in ihrer krassesten Form sich wieder einstellen[1]). Wenn die Kohlen nicht ausreichten, um die ganze Anstalt zu beheizen, behalf man sich mit Ofenheizung einzelner Räume, Einrichtung einer „Wärmstube“ in jeder Abteilung, an Stelle der Zentralheizung des ganzen Gebäudes; oder man drängte die Kranken in einen Teil der Gebäude zusammen, indem man so viel derselben leer stehen ließ, als die Kohlen zu ihrer Beheizung nicht ausreichten. Weitere Behelfsmittel waren Einschränkung des Warmwasserverbrauchs einschließlich der Bäder, vor allem der Verzicht auf die sehr viel warmes Wasser verbrauchenden Dauerbäder.

Gerade die letztere Maßnahme hat aber überwiegende Schattenseiten. Einschränkung der Bäder führt zu Verschmutzung der Wäsche, die, öfter in die Wäscherei gegeben, sich rascher abnutzen wird. Wenn wir keine Dauerbäder abgeben können, so müssen wir mehr isolieren, und das führt wiederum zu stärkerer Verunreinigung des Bettzeugs und zum Zerstören, also zu erheblichen Verlusten und damit zur Notwendigkeit, um den jetzigen hohen Preis neue Bestände anzuschaffen. Geschieht das nicht, aus Mangel an verfügbaren Mitteln,

[1]) Im Herbst 1920 niedergeschrieben, sind diese Betrachtungen nicht mehr in allen Einzelheiten zeitgemäß.



und liegen nicht etwa noch größere Reserven aus Friedenszeiten bereit oder sind die Bestände durch Verringerung der Kopfzahl der Anstaltskranken nicht relativ weiter ausreichend geworden, so kann es dazu kommen, daß man beschmutzte oder beschädigte Leintücher oder Hemden nicht gleich ersetzen kann. Dem nach Kräften durch geschickte Disposition, auch mit Warmwasserbereitstellung und Reinigungsmitteln, mit rechtzeitiger Reparatur und Anschaffung des Nötigsten entgegenzuarbeiten, wird Gegenstand unserer ständigen Überlegung sein müssen, wenn die Anstaltskranken im Laufe der Jahre, sobald die Friedensvorräte aufgebraucht sein werden, nicht weitgehendster Verlumpung anheimfallen sollen. Ganz werden wir dieser Entwicklung nicht entgehen können, wir werden nur darauf halten können, auf der abschüssigen Bahn nicht schneller hinabzugleiten wie die Bevölkerung Deutschlands im ganzen, und in bezug auf Güte und Auswahl der Bekleidung und Bettung im alten Verhältnis zur Gesamtbevölkerung zu bleiben. Das wird immer noch schlimm genug werden.

Von den ärztlich therapeutischen Maßnahmen im engeren Sinn erscheinen die diätetischen Behandlungsmethoden am meisten erschwert und beeinträchtigt. Ich meine die Diät der Erschöpfungszustände und der akuten Psychosen überhaupt. Hier brauchen wir Milch, Eier, Kakao, Butter, Zucker, Weißbrot oder Zwieback — alles in den jetzigen Zeiten kaum erschwingliche Genüsse, wenn sie aufgekauft werden müssen. Bei Selbstbewirtschaftung wird ja Milch und Eierdiät zu beschaffen sein. Aber man hat diese konzentrierten, leicht verdaulichen und zu schmackhaften, leichten Gerichten verarbeitbaren Speisen doch nicht in solchen Mengen verfügbar wie früher, als Anstalten mit landwirtschaftlichem Gelände mittlerer Größe neben der Eigenproduktion noch Eier kistenweise ankauften und Verträge für Milchlieferung abschlossen. Ich kann mich des Eindrucks nicht erwehren, daß bei den mäßigen Mengen von hochwertigen Sonderzulagen, die man jetzt zu verschreiben vermag, die akuten, mit Erschöpfungs- und Unterernährungssymptomen einhergehenden Psychosen, trotz Bettbehandlung, Freiliegekuren und Hydrotherapie nach den alten bewährten Regeln, weniger günstig verlaufen, schlechter remittieren und heilen. Auch von diesem Gesichtspunkt aus muß Entlastung der Anstalt von robusten chronischen Elementen angestrebt werden, damit trotz überwiegender Beköstigung dieser Krankenkategorie mit direkt dem Boden abgewonnenen Nährmitteln eigener Kreszenz noch genügend Areal bleibt, Milch, Butter, Eier durch Eigen-

bewirtschaftung zu gewinnen. Es ist dies um so nötiger, als die eigentlichen Nährpräparate, wie wir sie früher für Kraftsuppen und Sondenfütterungen reichlich verwendeten, fast unerschwinglich teuer geworden sind.

Wenn wir nicht mehr imstande sind, unsere akuten Kranken so reichlich mit leichter Kost zu ernähren, als wir es für wünschenswert und angebracht hielten, so wäre, um den Kräfteverbrauch herabzusetzen, eigentlich weiteste Ausdehnung der Bettbehandlung indiziert. Es wurde aber oben davon gesprochen, daß wirtschaftliche Gesichtspunkte dafür sprechen, die neu aufgenommenen Kranken sobald wie möglich einer geeigneten Beschäftigung im Freien zuzuführen. Wir hätten also wieder ein Dilemma, dessen Lösung auf folgende Weise versucht werden kann: man kombiniere, wie ich es früher schon befürwortet habe, Bettbehandlung mit Gartenarbeit, indem man die Kranken vormittags arbeiten und nachmittags ruhen läßt. Vor allem aber lege man diejenigen Kranken systematisch zu Bett, welche, ohne sich zielbewußt zu beschäftigen, müßig herumstehend oder herumlaufend ihre Kräfte nutzlos konsumieren. Es ist dies auch die beste Erziehung zur Arbeit für die chronischen Kranken. Vom ärztlichen Standpunkt aus wird man es auch vertreten können, die Mehrzahl der akuten, nach ihrem geistigen Zustand und Verhalten dazu fähigen Kranken im Freien, natürlich unter Dosierung der Arbeitszeit und Vermeidung jeder Übermüdung zu beschäftigen; der Anregung des gesamten Stoffwechsels wird eine günstige Wirkung auf körperliche und psychische Regeneration nicht abzusprechen sein, und diese Kranken werden bald derbere Kost vertragen können, womit uns wiederum gedient ist.

Was die physikalischen, insbesondere die hydrotherapeuthischen Behandlungsmaßnahmen angeht, die Dauerbäder und feuchten Einwicklungen, so scheint sich mir in deren Indikationen nichts geändert zu haben. Die Anwendung der feuchten Einwicklungen ist ja durch die Teuerung nicht in Frage gestellt. Aber mit allem Nachdruck muß die Aufrechterhaltung der Dauerbäder im bisherigen Umfang angestrebt werden, die aus Kohlenmangel vielerorts vorübergehend eingestellt werden mußten. Man wird ja nachts nicht überall baden lassen können und vielleicht auch während des Tages die Einschiebung einer längeren Mittagspause ertragen müssen. Kombiniert man die Dauerbäder mit feuchten Packungen und mit vorsichtiger Absonderung im Überwachungszimmer unter den bekannten Kautelen, so werden die gröbsten Schädigungen hintanzuhalten sein.

Auch in der Anwendung der medikamentösen Behandlung hat sich nichts geändert. Doch spielt auch bei der Beschaffung der Medikamente die Teuerung eine Rolle und fordert zu sparsamer Anwendung und sorgfältiger Auswahl der Schlaf- und Beruhigungsmittel auf, die ja schon durch die zweischneidige Wirkung dieser Betäubungsmittel geboten erscheint. Es ist zu erwähnen, daß manche Hypnotika an Sicherheit der Wirkung eingebüßt zu haben scheinen. Bedauerlich vom ärztlichen Standpunkt ist auch, daß die Verwendung neuer, besonders teurer, Präparate zu Versuchszwecken, wenigstens an den Heil- und Pflegeanstalten, manchmal am Kostenpunkt scheitert.

Es sollten hier nur die materiellen Fragen der Anstaltsfürsorge besprochen werden, wie sie infolge der Teuerung der Materialpreise und der allgemeinen Notlage sich aufdrängen. Die veränderte psychische Disposition und Einstellung der bei der Irrenfürsorge in der Anstalt Mitwirkenden, des Pflegepersonals und der Ärzte, ist ein Gebiet für sich, vielfach und vielseitig besprochen, voller Widersprüche und Klippen, auf das an dieser Stelle nicht eingegangen werden soll.

Wenn hier als Maßregeln der Vorbeugung für die gefährdete Anstaltsfürsorge in der Hauptsache empfohlen werden: frühzeitige Entlassungen und Ausbau der Irrenfürsorge außerhalb der Anstalt, Sparsamkeit am richtigen Orte und Beschränkung der Ausgaben auf das Unumgängliche, möglichste Steigerung und richtige Einteilung der Selbstproduktion und der Arbeitsleistung der Kranken, so sind dies keine neuen Rezepte. Billig und einfach bauen, umfangreicher und rationell bewirtschafteter landwirtschaftlicher und gärtnerischer Betrieb, Beschäftigung aller hierzu fähigen Kranken unter engster Zusammenarbeit zwischen Arzt und Verwaltung, und so ein ökonomisches Wirtschaften mit eigenen kranken Arbeitskräften, das sind alte, bewährte Alt-Scherbitzer Prinzipien, die weiter zu entwickeln uns die veränderten Zeitverhältnisse nötigen. Auch unter einfachen und selbst knappen Verhältnissen wird ein ersprießliches Arbeiten möglich sein; zwar mit manchen Beschränkungen und Hemmungen, die uns aber auf keinem Gebiet des öffentlichen Lebens erspart bleiben. Diese Schwierigkeiten zu meistern vermag aber nur der Geist ärztlichen Wagemuts und verantwortungsfreudiger Pflichterfüllung, der die Irrenbehandlung auf ihre jetzige Höhe gebracht hat.



Die Bedeutung der seelischen Schädigungen des Weltkrieges für die verschiedenen Alters- und Gesellschaftsklassen unseres Volkes.

Von

Dr. A. Tilger, Geh. San.-Rat, vordem Tripolis (Afrika), jetzt Kuranstalt Mammern im Thurgau.

Die schweren Einbußen, die das deutsche Volk infolge der Unterernährung durch die Kriegs-, Waffenstillstands- und Valutablockade an seinem Bestand und an seiner körperlichen Gesundheit erlitten hat, sind soweit als möglich in zahlreichen Einzel- und Gesamtdarstellungen statistisch erfaßt und deutscher- sowie auch erfreulicherweise vielfach neutralerseits entsprechend gewürdigt worden.

Die seelische Einbuße durch fortgesetzte Gemütsbewegungen schwerster Art ist zweifellos nicht minder groß und sicherlich von nicht geringerer Bedeutung. Sie entzieht sich aber in sehr viel höherem Maße jeder zahlenmäßigen Beurteilung. Ein großer Teil der am härtesten Betroffenen verschließt sein Elend in sich, und das „gebrochene Herz" ist keine statistisch erfaßbare Todesursache. Darin liegt, wie ich glaube, trotz des subjektiven Einschlages, die Berechtigung der Veröffentlichung der Erfahrungen des einzelnen, als Bausteine für eine spätere Allgemeinbehandlung der Sache.

Bei dem Versuche einer Sonderbetrachtung der seelischen Kriegsschädigungen muß man sich natürlich der tiefen und weitgehenden Wechselwirkung zwischen Körper und Seele bewußt sein. Wenn, beispielsweise, Hunger der beste Koch ist, so darf man nicht vergessen, daß der Hunger nicht allein von der körperlichen, sondern auch von der seelischen Verfassung abhängt, und daß es nicht dasselbe ist, ob ich mein Brot mit Tränen esse oder mit Humor würzen kann. Bei Beginn und am Schlusse des Krieges zeitweilig im gutversorgten neutralen Auslande tätig, habe ich die hohe Bedeutung dieses Umstandes am eigenen Leibe feststellen können.



Am deutlichsten tritt dies nach der günstigen Seite bei der Jugend, nach der ungünstigen Seite bei dem höheren Lebensalter, etwa von der Mitte des fünften Dezenniums an, hervor. Der sprichwörtliche jugendliche Leichtsinn auf der einen, die natürliche Schwerfälligkeit und Besinnlichkeit des höhern Alters auf der andern Seite geben den Ausschlag und überragen bei diesen Altersgruppen an Bedeutung die sozialen Unterschiede und die damit verknüpften materiellen Anpassungsmöglichkeiten.

Die jenseits des Mannesalters Stehenden bieten daher in allen Gesellschaftsschichten der Bevölkerung weit mehr als vor dem Kriege Bilder vorzeitigen Alterns an Leib und Seele dar. Umgekehrt finden wir bei der — von Hause aus gesunden — Jugend wohl vielfach ein mehr oder weniger deutliches, wenn auch oft erstaunlich geringes Zurückbleiben in der körperlichen Entwicklung, aber kein auffälliges Nachlassen der geistigen Regsamkeit. An vielen Tausenden aus Deutschland und Österreich zur Erholung nach Holland gesandten Ferienkindern habe ich mich in den Jahren 1918/19 immer wieder davon überzeugen können. Die Kinder waren der größten Mehrzahl nach aufgeweckt, anpassungsfähig und lernbegierig. Nicht wenige hatten sich nach vier- bis sechswöchigem Aufenthalt die holländische Umgangssprache in auskömmlicher Weise angeeignet.

Ein ganz anderes Verhalten zeigen die in der Vollkraft des Lebens stehenden und im freien Verkehr lebenden gesunden Erwachsenen. Dem körperlichen Zustande nach bezeichnet sie *Rubner* in seiner Denkschrift über die ersten drei Kriegsjahre als „im allgemeinen magerer, aber nicht weniger leistungsfähig als sonst". „Ausgenommen sind ein großer Teil der Beamten und Festbesoldeten, die kleinen Rentner und Pensionäre, ein Teil des Kleinbürgertums, die nicht voll Arbeitsfähigen, aber auf den Arbeitsverdienst mehr oder weniger Angewiesenen und die Geistesarbeiter. Bei ihnen treten Zustände von Körperschwäche und geringerer Leistungsfähigkeit öfter in Erscheinung." (*M. Rubner* und *Friedrich Müller*, Einfluß der Kriegsverhältnisse auf den Gesundheitszustand im Deutschen Reich; Beilage zu Nr. 8, 1919 der M. m. W.) Weit mehr noch tritt der soziale Unterschied bei den Erwachsenen in seelischer Beziehung hervor. Er beherrscht geradezu das Bild und reißt die Bevölkerung in zwei Schichten, eine kleinere aktive, die im wesentlichen der Gruppe der industriellen Arbeiter zuzüglich der industrialisierten Landarbeiter entspricht, und eine größere, aber passive, die mehr oder weniger sämtliche übrigen Klassen umfaßt.

Vielleicht wird es von uns selbst nicht so klar empfunden und erfaßt, wie es seitens neutraler Beobachter geschieht, wie sehr der Kopf-



arbeiter im weitesten Sinne des Wortes zum Amboß und der Handarbeiter zum Hammer geworden ist. Auf der einen Seite ein maßlos gesteigertes Selbstgefühl, eine hemmunglose Überregsamkeit, der auf Mangel an Selbstkritik beruhende Glaube, ohne Tradition und ohne Vorbildung jedem Amte und jeder Aufgabe gewachsen zu sein, das typische Bild der Hyperkinese; auf der andern Seite ausgesprochene Akinese, ein Vernichtungsgefühl, eine nicht selten an Stumpfsinn grenzende Apathie, so daß in diesen Kreisen, für die vordem das Goethesche Wort galt: „Und so einer Vorwärts rufet, gleich sind alle hinterdrein!", jede Anregung zu einer Reaktion von vornherein fruchtlos abprallt, während analoge Bewegungen auf der andern Seite mindestens Teilerfolge erzielen.

Das richtige Verständnis für diese jähe Umordnung der Dinge ist m. E. nur zu gewinnen, wenn man die derzeitigen Verhältnisse mehr, als es bisher zu geschehen pflegte, nicht als ausschließlich durch den Krieg bewirkt ansieht, sondern, wie dies auch von namhafter nationalökonomischer Seite geschehen ist, annimmt, daß unser Geschick nur eine durch den Krieg gewaltsam beschleunigte und dadurch besonders schwere Katastrophe darstellt, die sich auch ohne ihn, wenn auch nicht so plötzlich und verheerend, als Folge der maßlosen Entwicklung der Industrie und der auf die Spitze getriebenen Herrschaft der Maschine im Laufe eines halben Jahrhunderts allmählich eingestellt haben würde. Früher oder später mußte es sich in jedem Falle rächen, daß wir, von den materiellen Augenblickserfolgen des industriellen Raubbaus geblendet, wesentlich nur den als Begleiterscheinungen auftretenden körperlichen Schädigungen gebührende Beachtung widerfahren ließen, den viel folgenschwerern seelischen Gefahren aber wenig oder keine Aufmerksamkeit geschenkt haben. Und doch ist das seelische Wohlbefinden noch mehr als das körperliche naturgesetzlich an bestimmte maßvolle Bedingungen, an „kurze Zweckreihen" gebunden, die der Mensch übersehen kann und als Selbsttätigkeit empfindet. Sonst erhebt sich bei ihm, wie *Simmel* (Schopenhauer und Nietzsche, Leipzig 1907) sagt, „die suchende Unruhe", die den Menschen ergreift, sobald sein Leben nicht mehr „von kurzen Zweckreihen" erfüllt ist". Oder wie es Goethe ausgedrückt hat: „Der Mensch ist zu einer beschränkten Lage geboren; einfache, nahe, bestimmte Zwecke vermag er einzusehen und gewöhnt sich, die Mittel zu benutzen, die ihm gleich zur Hand sind; sobald er aber ins Weite kommt, weiß er weder, was er will, noch was er soll. Es ist immer ein Unglück, wenn er veranlaßt wird, nach etwas zu streben, mit dem er sich durch eine regelmäßige Selbsttätigkeit nicht verbinden kann." (Wilhelm Meisters Lehrjahre, VI. Buch.)



Diese befriedigende Selbsttätigkeit geht dem industriellen Arbeiter in der Regel ab. Entweder fühlt er sich als Handlanger der Maschine und sucht durch immer höhere materielle Entschädigung Ersatz für die fehlende innere Befriedigung zu finden, oder er bewertet bei seiner Unentbehrlichkeit im Betriebe die Leistung der Maschine als eigene Leistung und steigert, nicht vertraut mit der Entwicklungsgeschichte und dem komplizierten Zusammenhang des Ganzen, unter dem Eindruck der spielenden Massenproduktion seine Ansprüche ebenfalls ins Maßlose. Die maschinelle Arbeit erhebt ihn nicht, da er keinen innern Anteil an ihr hat, „nicht mehr im innern Herzen spüret, was er erschafft mit seiner Hand". Der einzige Zweck der Arbeit wird: das Geld, der Lohn; sein Bestreben: viel Lohn, wenig Arbeit; sein Ideal: ohne zu arbeiten ein Maximum an Lebensgenuß zu erlangen; die natürliche Folge: Unzufriedenheit. Unzufriedenheit ist aber nicht nur der beste Köder, sondern auch der festeste Kitt für den Zusammenschluß der Massen zu gewaltsamer Änderung.

Unterstützend kommt für die Arbeiterklasse in Betracht, daß sie es — ganz abgesehen von der Vorzugsernährung der Schwerarbeiter — wie keine andre in der Hand hatte, ihre Arbeitsleistung während des Krieges dem Kalorienwert der Nahrungsaufnahme anzupassen und hiervon reichlich Gebrauch machte (*Rubner* a. a. O.), so daß sie auch körperlich besser gerüstet in den sozialen Entscheidungskampf eintrat.

Umgekehrt wuchsen für den selbsttätigen Teil der Bevölkerung, besonders für das Bürgertum mit seinem hohen Prozentsatz an Kopfarbeitern, durch den Krieg je länger je mehr die Lasten, den wirtschaftlichen Betrieb trotzdem im Gange zu halten, und wo es nicht gelang, die nicht minder aufreibenden Sorgen. Trotzdem wird man die Niedergeschlagenheit und Hilflosigkeit der mittlern und höhern Klassen bei Kriegsende erst dann völlig verstehen, wenn man in Anrechnung setzt, daß die einseitige, mehr geistige Tätigkeit dieser Schichten an sich entnervender und schwächender wirkt als die einseitige, wesentlich körperliche Tätigkeit der Handarbeiter. Übermüdungserscheinungen im Sinne reizbarer, nervöser Schwäche waren ja schon in Friedenszeiten in diesen Kreisen nichts Ungewöhnliches.

Wie die Spirochäte das chronisch angestrengte Zentralnervensystem mehr gefährdet als das Gehirn des für gewöhnlich beschaulich Dahinlebenden, so daß man, wie es auch mir in Tripolitanien und Tunesien erging, in primitiven Ländern trotz verbreiteter Lues vergeblich nach Fällen von progressiver Paralyse sucht, so geht es auch mit den geistigen



Giften Kummer und Sorgen. Dauernde Einseitigkeit rächt sich früher oder später.

Wenn *Bäumler* in seinem Rückblick auf die fünf Jahre des Weltkrieges vom ärztlichen Standpunkt (D. m. W. 1920, Nr. 10) mit Recht bemerkt, daß gerade die Ärzte trotz fortwährend anstrengender Tätigkeit in auffallendem Maße von der allgemeinen Erschlaffung bewahrt worden sind, so ist dies, wie ich glaube, nicht allein durch die heilsame berufliche Ablenkung zu erklären, sondern in hohem Grade dem Umstande zuzuschreiben, daß die meisten Ärzte nicht nur geistige, sondern gleichzeitig körperliche Schwerarbeiter sind.

In vorstehenden Gedankenreihen liegen m. E. die tiefern Grundlagen der Arbeiterbewegung vor dem Kriege, ihrer Verschärfung durch den Krieg, der ja an sich in hohem Maße ein ökonomischer Krieg war, und ihrer erstaunlichen Erfolge durch und im Anschluß an die Revolution.

Wenden wir nach diesem Hinblick auf die drückende Gegenwart einen Blick auf die Zukunft, so zwingt uns, wie ich glaube, nicht nur der Selbsterhaltungstrieb, sondern auch der kühl erwägende Verstand trotz alledem dazu, mit *Bäumler* (a. a. O.) das mutige Bekenntnis abzulegen „Das, was in diesem langen und furchtbaren Kriege von allen unsern Volksgenossen geleistet worden ist, läßt uns nicht daran zweifeln, daß unsere Volkskraft allmählich wieder erstarken wird."

Nach meiner festen Überzeugung würde keines der mir bekannten feindlichen oder neutralen Völker trotz vielfach günstigerer Verhältnisse größere Widerstandskraft gezeigt haben. So dürfen wir das deutsche Leiden als ein funktionelles ansehen, das bei der nötigen Einsicht und richtiger Behandlung eine günstige Voraussage zuläßt.

Was können wir Ärzte tun, um die Gesundung zu beschleunigen?

Ich bin nicht der Ansicht *Friedrich Müllers* (a. a. O.), daß es genügt, auf die Gesundheitsschäden hinzuweisen, daß es sich aber „der Beurteilung des Arztes entzieht, die Wege vorzuschlagen, auf welchen eine Abhilfe möglich ist". Gerade als die Kunst des Möglichen ist die Politik und besonders die wirtschaftliche Politik nicht Sache einer bestimmten Fakultät, sondern der persönlichen Begabung und Erfahrung, wobei sich nach bekanntem französischen und italienischen Vorbild die medizinische Schulung mit ihrer Schärfung der Sinne und des Verstandes für Zusammenhänge und Normen durchaus nicht als unzweckmäßig erwiesen hat. Der Chinese mit seinem ausgesprochenen Sinn für naturgesetzliches Leben bezeichnet in einem Sprichwort die Ärzte als „des großen Reiches Hand". Niemals sind, wie ich glaube, führende Hände dem deutschen Volke auf seinem Kreuzwege nötiger gewesen als jetzt.

Für die Wiedergenesung unseres Volkes sind daher mit Recht



auch und besonders von ärztlicher Seite bestimmte Mittel vorgeschlagen worden. Aus naheliegenden Gründen wird dabei der Jugend besondere Beachtung geschenkt und Stählung des Körpers durch turnerische und sportliche Betätigung als Heilmittel empfohlen. (*Gruber*, M. m. W. 1920, Nr. 17; *Huntemüller*, M. m. W. 1920, Nr. 19; *Erich Hoffmann*, Tagespresse und andere.) Am weitesten geht hierin *Bier* (Die Pflege der Leibesübungen ein Mitel zur Rettung des deutschen Volkes aus seiner Erniedrigung. — Sonderabdruck aus der M. m. W. 1919, Nr. 41), der eine einjährige gesetzliche Dienstpflicht für alle jungen Männer fordert, die lediglich den Leibesübungen gewidmet sein soll. Ich habe bereits im August 1919 den, wie ich glaube, näherliegenden und unserer Lage angepaßteren Vorschlag der „Allgemeinen Arbeitspflicht" als Ersatz für die uns durch den Friedensvertrag abgenommene „Allgemeine Wehrpflicht" zuständiger amtlicher Stelle unterbreitet und auch veröffentlicht. (*Tilger*, Die „Allgemeine Wehrpflicht" im neuen Deutschland. Deutsche Wochenzeitung für die Niederlande, Amsterdam 1919, Nr. 41.) Ein ähnlicher Vorschlag ist von *Weitz* (M. m. W. 1919, Nr. 51) gemacht worden.

Allgemein gesprochen ist die beste Methode, alle seelisch Verstimmten und Erschütterten zu heilen, auch heute noch die weit voraussehend von Goethe empfohlene und auf dem psychiatrischen Spezialgebiete so erfolgreich in Alt-Scherbitz in die Praxis übertragene: „Man errege ihre Selbsttätigkeit, man gewöhne sie an Ordnung, man gebe ihnen einen Begriff, daß sie ihr Sein und Schicksal mit so vielen gemein haben, daß das außerordentliche Talent, das größte Glück und das höchste Unglück nur kleine Abweichungen vom Gewöhnlichen sind." (Wilhelm Meisters Lehrjahre, 16. Kapitel.)

Alt-Scherbitz docet. Wie vieles wäre in der Welt besser, wenn es auch für die im freien Verkehr Stehenden ein ihrer Norm angepaßtes System mit Alt-Scherbitzer Ausdauer, Alt-Scherbitzer Tatkraft und Alt-Scherbitzer Begeisterung gäbe.

So sei dieser Aufsatz der schwache Ausdruck meines Dankes für die Schule des Lebens, die ich in der Musteranstalt Alt-Scherbitz unter der Leitung ihres Meisters, meines verehrten Lehrers Geheimrat *Paetz* genossen habe. Nicht nur in meinem ärztlichen Beruf, sondern auch bei meiner konsularischen Tätigkeit und sonst im Leben hat sie mir vielfach Richtung und Stütze gegeben.



Ein Beitrag zur Technik großer Gehirnschnittserien.

Von

Dr. **Kurt Schroeder,** Oberarzt an der Landesheilanstalt Uchtspringe.

Die Anfertigung von Schnittserien durch das ganze Gehirn gehört mit zu den schwierigsten Aufgaben, die es in der mikroskopischen Technik überhaupt gibt. Es sind daher in zahlreichen Arbeiten Ratschläge hierfür gegeben worden, aber trotz deren Befolgung sind die Ergebnisse oft nicht befriedigend. Ich möchte daher im folgenden darauf hinweisen, welches oft der Grund für die mangelhaften Ergebnisse ist, und wie dem abgeholfen werden kann.

Bekanntlich ist es bei allen Untersuchungen gehärteten Materials von großer Wichtigkeit, daß die Fixierungsflüssigkeit schnell das Gewebstück durchdringt. Das ist nun leicht zu erreichen, wenn es sich um kleine Organteile handelt. Je größer aber das Objekt ist, desto langsamer erreicht das Fixierungsmittel die zentralen Teile. Bei der Verarbeitung eines ganzen Gehirnes war es bisher allgemein üblich, es in ein großes Gefäß mit Formalinlösung zu bringen und darin an der Art. vertebralis so aufzuhängen, daß es von der Flüssigkeit allseitig umgeben wird. So wird die natürliche Form erhalten und ein Eindringen des Formalins von allen Seiten ermöglicht. Aber bei der Größe des Organs dringt das Formalin nur langsam ein. Betastet man ein solches Gehirn nach einigen Tagen oder schneidet man es dann durch, so kann man feststellen, daß sich eine derbe periphere Zone gebildet hat, während die inneren Teile in größerer Ausdehnung noch recht weich sind. Man kann in diesem Stadium noch keine guten planparallelen Scheiben anfertigen, sondern muß damit warten, bis das Gehirn eine gleichmäßig derbe Beschaffenheit angenommen hat. Hierüber vergehen aber mehrere Wochen. Es dauert also sehr lange, bis das Formalin die zentralen Teile des Gehirns erreicht. Es ist klar, daß inzwischen erhebliche postmortale Veränderungen im Innern des Gehirns eingetreten sind, die sich dann bei der mikroskopischen Untersuchung störend bemerkbar machen, so daß ein solches Gehirn für feinere Untersuchungen ganz unbrauchbar ist. Frühzeitige Einschnitte, die das Eindringen der Härtungsflüssigkeit erleichtern könnten, stören den Zusammenhang der einzelnen Teile und machen

vollständige Schnittserien unmöglich. Ich habe daher, um ein schnelles und gleichmäßiges Eindringen der Fixierungsflüssigkeit zu erreichen, seit langer Zeit Versuche mit der Härtung des Gehirns auf dem Blutwege vor der Eröffnung des Schädels [1]) gemacht, über die ich im nachfolgenden berichten möchte.

Über Fixierung des Gehirns durch Infusion finden sich in der Literatur nur wenige Bemerkungen. Sie ist einige Male bei ganz speziellen Untersuchungen angewandt worden, so von *Retzius* [2]) bei der Untersuchung von Embryonen und von *Held* [3]) bei seinen Studien über die Randglia. Die wenigen Bemerkungen, die sich über diesen Gegenstand in der Literatur finden, scheinen ziemlich unbeachtet geblieben zu sein. Selbst in dem neuesten Werke über die Technik der mikroskopischen Untersuchung des Nervensystems (von *Spielmeyer*) ist dieser Methode mit keinem Worte Erwähnung getan. Bei der Anfertigung von Schnittserien durch das ganze Gehirn ist die Härtung desselben nach der Herausnahme immer noch die übliche Methode. Ein Grund, weshalb Fixierung auf dem Blutwege bisher so gut wie gar nicht angewandt worden ist, ist wohl die Tatsache, daß hierbei das Organ vollkommen blutleer wird, soweit Blut nicht etwa aus den Blutgefäßen ausgetreten ist. Das mag ja auch bei manchen Untersuchungen ein Nachteil sein. Will man aber das Gehirn zu einer Schnittserie verarbeiten, so ist der Mangel des Blutes ein Vorteil. Es handelt sich hierbei fast immer darum, die Schnitte nach der *Weigert*schen Markscheiden-Methode zu färben. Hierbei färben sich aber außer den Markscheiden auch die roten Blutkörperchen intensiv schwarz. Wie ich früher nachgewiesen habe [4]), handelt es sich bei der *Weigert*schen Markscheidenfärbung um eine Lezithinfärbung (bei Mitfärbung des Neurokeratins). Es färben sich daher alle Gewebsteile, die größere Mengen Lezithin enthalten, also auch die Erythrozyten. Diese unerwünschte Mitfärbung des Inhalts der Blutgefäße wird aber vermieden, wenn das Blut vorher entfernt wird.

Über die Technik selbst ist folgendes zu bemerken. An einem größeren Trichter befestigt man einen etwa 25 cm langen Gummischlauch, an diesem ein Y-förmiges Gabelstück, an dessen beide Enden Gummischläuche von etwa 10 cm Länge, an beide wiederum Gabelstücke und an deren Enden ebenfalls Gummischläuche. An diesen 4 Gummischläuchen werden die Kanülen befestigt, die in die Gefäße eingebunden werden. Man braucht 2 verschiedene Kanülen, 2 solche, deren Mündung einen äußeren Durchmesser von 4 mm hat (für die Aa. carotis com.) und 2

---

[1]) Eine Härtung des Gehirns nach der Herausnahme durch Injektion von der Basalarterie aus, wie es *Weber* empfiehlt (A. Z. f. Psych. Bd. 55) hat nach meinen Erfahrungen einen sehr mangelhaften Erfolg, da viel Fixierungsflüssigkeit aus durchtrennten Nebenästchen herausläuft.

[2]) *Retzius*, Das Menschenhirn.

[3]) *Held*, Über die Neuroglia marginalis der menschlichen Großhirnrinde. Monatsschr. f. Psych. Bd. XXVI. Ergänzungsheft.

[4]) *Schröder*, Faserverlauf im Vorderhirn des Huhnes. Journ. f. Psychologie u. Neurologie Bd. 18.



von 2 mm Durchmesser (für die Aa. vertebrales). Um die Kanülen in die Gefäße einbinden zu können, müssen sie an ihren Enden Querrillen oder olivenförmige Anschwellungen haben. Jeder Glasbläser kann diese Kanülen leicht herstellen. Das Röhrensystem ist so einzurichten, daß die Mündungen der engeren Kanülen etwa 8 cm höher sind als die der weiteren Kanülen. So lassen sich störende Abknickungen der Schläuche vermeiden. An den 4 untersten Schläuchen bringt man gewöhnliche Quetschhähne an, an dem obersten, unter dem Trichter befindlichen Schlauche einen Quetschhahn mit Schraube, damit die Strömungsgeschwindigkeit in dem System beliebig reguliert werden kann. Die weiteren Kanülen werden in die beiden Aa. carotis com. eingebunden. Dies ist bequemer als ein Befestigen in den Aa. carotis int. Man braucht dann auch den Hautschnitt nicht so weit nach oben zu verlängern. Es müssen dann aber die beiden Aa. carotis ext. unterbunden werden, damit die Fixierungsflüssigkeit vom Gesicht ferngehalten wird. Etwas dringt freilich durch die Aa. carotis int. und die Aa. ophthalmicae in Augenlider, Stirn und Nasenrücken. Es ist dies aber nicht weiter störend. Man kann es aber auch vermeiden, wie ich weiter unten angeben werde. Die beiden engeren Kanülen sind für die beiden Aa. vertebrales bestimmt, die natürlich vor ihrem Eintritt in die Querfortsätze der Halswirbel aufzusuchen sind. Bei der Präparation der Aa. vertebrales geht man am besten von den Aa. subclaviae aus. Man spalte, um diese Kanüle einzubinden, nicht die A. vertebralis, sondern die A. subclavia. Von dieser aus kann man die Kanüle besser in die A. vertebralis einführen, nur muß man sich vorher durch Sondierung vergewissern, daß man auch wirklich die A. vertebralis vor sich hat, daß also das Gefäß zum Querfortsatz des 6. Halswirbels verläuft. Vor dem Einführen der Kanülen muß das ganze Röhrensystem mit Flüssigkeit gefüllt und frei von Luftblasen sein. Der Trichter wird etwa $^3/_4$ m über der Leiche angebracht. Nach dem Einbinden der Kanülen lasse man zunächst mehrere Liter physiologische Kochsalzlösung (oder *Ringer*sche Flüssigkeit) durch das Gehirn fließen, damit alles Blut entfernt wird. Geschieht dies nicht, so bildet das Formalin mit dem Blute Gerinnsel, die ein weiteres Eindringen der Fixierungsflüssigkeit verhindern. Meist werden bei der Freilegung der Arterien die Venen angeschnitten, sonst ist das jetzt nachzuholen. Fließt die Flüssigkeit klar ab, so beginnt man mit der Formalininfusion in der üblichen Konzentration. Mittelst der Schraubklemme verringere man die Strömungsgeschwindigkeit, so daß das Formalin nur ganz langsam durch das Gehirn fließt. Wenn etwa $^1/_2$ Liter Formalin verbraucht ist, unterbreche man die Infusion für etwa eine Viertelstunde, lasse dann wieder für einige Zeit langsam fließen usf., so daß sich die ganze Infusion über eine oder mehrere Stunden ausdehnt. Man verbraucht dabei etwa 2—3 Liter Formalinlösung. Eröffnet man dann den Schädel und nimmt das Gehirn heraus, so findet man, daß es eine sehr derbe Beschaffenheit angenommen hat, und beim Zerlegen ergibt sich, daß die Konsistenz überall eine vollkommen gleichmäßige ist, wie es sonst nur durch wochenlangen Aufenthalt in Formalin zu erzielen ist. Man kann das Gehirn sofort mit dem Makrotom in planparallele Scheiben zerlegen und ohne Nachhärtung die Chromierung beginnen, wodurch viel Zeit gespart wird. Die Härtung erstreckt



sich auch auf die Medulla oblongata und gewöhnlich auch auf die obersten Segmente des Rückenmarks.

Da die angegebene Methode hauptsächlich für Gehirne gedacht ist, die später nach der *Weigert*schen Markscheidenmethode gefärbt werden sollen, so lag es nahe, auch Versuche darüber anzustellen, ob mit einer der Schnellbeizen (*Weigert*s Chromalaun- oder Fluorchrombeize) eine Chromierung auf dem Blutwege möglich ist. Ich bin so vorgegangen, daß ich nach der Durchspülung mit physiologischer Kochsalzlösung die genannten Beizen mit Zusatz von 10 % Formalin angewandt und durch möglichst langsames Fließen und zeitweises Unterbrechen die Einwirkung der Chrominfusion über eine Anzahl Stunden ausgedehnt habe. Es hat sich aber dabei ergeben, daß auf diese Weise eine genügende Chromierung nicht erzielt werden kann, was ich nur deshalb erwähnen möchte, um andere von einer Beizung durch Infusion abzuhalten. Wenn man die Infusionen mit Flüssigkeiten, die nicht farblos sind, vornehmen will, so ist folgendes zu beachten. Wie oben erwähnt, dringt die Flüssigkeit durch die A. carotis int. und die Endäste der A. ophthalmica in Augenlider, Stirnhaut und Nasenrücken. Verwendet man farbige Lösungen, so wird eine Entstellung des Gesichtes der Leiche die Folge sein. Man kann das dadurch verhindern, daß man die Stirn- und Gesichtshaut bis zum Oberkiefer abpräpariert. Hierbei werden die Verbindungen der A. carotis int. mit der Gesichtshaut unterbrochen und eine Verfärbung des Gesichts der Leiche vermieden.

Zusammenfassung: Die Härtung des Gehirns durch Infusion von den Aa. carotis com. und vertebrales aus verdient ausgedehntere Verwendung besonders bei der Anfertigung von Schnittserien durch ganze Gehirne. Nur dadurch wird eine schnelle und gleichmäßige Fixierung des ganzen Organs erreicht. Auch bedeutet die Methode eine wesentliche Zeitersparnis.



Der Herzspitzenstoß bei Nervenkranken.

Beiträge zur Spitzenstoßfrage, vorwiegend nach Beobachtungen bei Neurosen.

Von

Sanitätsrat Dr. P. R. Siegmund, Nervenarzt in Danzig †.

— „Die Forschung hat weniger die Aufgabe, neue Wahrheiten zu schaffen, als alte Irrtümer zu beseitigen." —

Viele klinische Beobachtungstatsachen lassen sich nur schwer oder gar nicht in Einklang bringen mit einer rein mechanischen Erklärung des Herzspitzenstoßes, d. h. mit der Annahme seiner Entstehung durch eine unmittelbare Stoßwirkung der Herzmuskelspitze gegen die Brustwand. — In meinen früheren Arbeiten über die Spitzenstoßtheorie habe ich darauf bereits hingewiesen (40, 41).

Als wesentliche Teilursache für das Auftreten des Spitzenstoßes ist wahrscheinlich eine pathologische Funktionsäußerung der Zwischenrippenmuskulatur, die den eigentlichen Sitz des Spitzenstoßphänomens bildet, anzunehmen. Vermutlich wird der sogenannte Spitzenstoß, wenigstens nach meinen Beobachtungen an Nervenkranken, mittelbar durch eine Steigerung der mechanischen Erregbarkeit der Zwischenrippenmuskeln hervorgerufen.

Deshalb kann auch der Spitzenstoß trotz kräftiger normaler Herzarbeit bei gesunden und bei kranken Menschen ganz fehlen, solange eine Steigerung der neuromuskulären Erregbarkeit der Zwischenrippenmuskeln nicht vorliegt.

Nach meiner Auffassung gibt die Tätigkeit des Herzmuskels an sich nur den mittelbaren Anreiz zur eventuellen Herbeiführung des Spitzenstoßes. Dagegen ist die fühlbare oder wenigstens sichtbare spastische Zuckung eines oder mehrerer Zwischenrippenmuskeln in größerer oder geringerer Stärke und Ausdehnung das äußere Merkmal für die örtlich vorhandene Steigerung der mechanischen Erregbarkeit der Zwischenrippenmuskeln.

Mit der Annahme einer pathologischen Übererregbarkeit einzelner Zwischenrippenmuskeln wird uns ein ungewöhnlich starker, lebhafter und breiter Spitzenstoß auch besser verständlich in den nicht seltenen Beobachtungsfällen, wo wir im scheinbaren Widerspruch zur gefundenen Stärke des Spitzenstoßes einer überraschenden Schwäche der Herzmuskelbewegung, d. h. einer auffallend kraftlosen Kontraktion des erschlafften, hypotonischen Herzmuskels begegnen.

Zwei meiner Nervenkranken litten im Bereich der linken unteren Gesichtshälfte — der eine nur oberhalb der Mitte der Nasenlippenfurche, der andere außerdem nahe dem Mundwinkel an beiden Lippen und in der unteren Kinngegend — an isolierten kurzen, tikartigen Muskelzuckungen, die völlig synchron mit dem normalen Lidschluß auftraten. Solange der Lidschluß (unwillkürlich oder willkürlich) aussetzte, so lange fehlten auch diese Gesichtsmuskelzuckungen vollständig. Sie kehrten jedesmal erst wieder mit den nächstfolgenden Lidschlußzuckungen und zwar stets in demselben Augenblick wie die Lidschlußbewegung und in genau der gleichen Anzahl. Hier löste also der normale Lidschluß gleichzeitig eine kurze sicht- und fühlbare spastische Mitbewegung in einem anderen, räumlich getrennten, vom Fazialis mit innervierten Muskel aus. Die konstante unwillkürliche Zuckungsstärke des krampfartig mitbewegten Gesichtsmuskels entsprach anscheinend nur dem Grade seiner gesteigerten nervösen Erregbarkeit, nicht aber, wie der Versuch lehrte, etwa der willkürlich veränderten Energie des Lidschlusses.

In den beiden Fällen haben wir nahezu analoge Verhältnisse, wie der Herzspitzenstoß bei Nervenkranken sie uns bietet. — Dort der Lidschluß, hier die Herzaktion —, dort die gleichzeitige tikartige Mitbewegung eines anderen, räumlich getrennten Muskels der linken Gesichtsseite, hier eine synchrone Zuckung im Gebiet der benachbarten Zwischenrippenmuskulatur mit dem im Einzelfalle so mannigfachen Bilde des Spitzenstoßes in bezug auf seine Intensität, Ausdehnung, örtliche Lage und Form.

Die wissenschaftliche und klinische Erforschung der Ursachen, der Entstehungsweise und der Bewertung des Herzspitzenstoßes wird theoretisch wie praktisch bis zur völligen Klarstellung vieler jetzt noch strittiger Punkte eine nicht zu unterschätzende Bedeutung behalten. Findet doch der Spitzenstoß in der ärztlichen Praxis nach wie vor eine weitgehende Verwertung bei der Bestimmung der normalen und krankhaft veränderten Lage der Herzspitze, ganz abgesehen von der Berücksichtigung seiner Intensität bei der Beurteilung der etwaigen Kontraktionskraft des Herzmuskels. — Nicht selten hat aber der wahrnehmbare Spitzenstoß bei Nervenkranken,



die weder an Klappenfehlern noch an anderen erheblichen Krankheiten und Verlagerungen des Herzens leiden, eine ganz abnorme Lage. Er kann gelegentlich oberhalb oder weit außerhalb der nachweisbaren Herzdämpfungsgrenzen liegen und dann in der eigentlichen Herzspitzengegend ganz vermißt werden. In diesen Fällen müßte jedenfalls eine schablonenhafte diagnostische Verwertung des Spitzenstoßes zur Feststellung der Herzspitzenlage vollständig irreführen.

Die weiteren Ergebnisse meiner Beobachtungen und statistischen Nachforschungen über den Spitzenstoß, u. a. auch der Nachweis seiner oft ungewöhnlichen Breite bei Nervenkranken verstärken zudem immer mehr meinen Zweifel an dem diagnostischen Werte des Spitzenstoßes und seiner Zuverlässigkeit bei der Bestimmung der Herzspitzenlage und bei der Beurteilung der Stärke der Herzaktion.

In welchem Umfange der Spitzenstoß bei Klappenfehlern und bei sonstigen schweren Erkrankungen des Herzens und der anderen Brustorgane eine rein mechanische Entstehungsursache, d. h. einen von der Aktion der Herzmuskelspitze ausgehenden und unmittelbar von ihr allein abhängigen Ursprung haben kann, womit ohne Zweifel seine diagnostische Bedeutung und Zuverlässigkeit gesichert wäre — diese Frage lasse ich hier ganz unberührt, da ich ausreichende Beobachtungen und Erfahrungen auf diesem Gebiete nicht besitze.

Ebenso fehlen mir zur Beurteilung der Häufigkeit, des Verhaltens und der Bedeutung des Spitzenstoßes bei völlig gesunden Menschen genügend zuverlässige und umfangreiche Beobachtungsreihen.

Deshalb beziehen sich die weiteren Erörterungen über den Spitzenstoß — meinem Beobachtungsmaterial entsprechend — zunächst nur auf Nervenkranke und zwar vorwiegend auf Neurosen.

Die notwendigen Grundlagen zur Aufklärung der Spitzenstoßfrage lassen sich meines Erachtens nur durch sorgfältige Einzeluntersuchungen gewinnen. Massenuntersuchungen würden sehr wahrscheinlich zu zahlreichen, unvermeidlichen Beobachtungsfehlern führen. Welche besonderen Eigenschaften z. B. der nachweisbare Spitzenstoß im Einzelfalle hat, oder ob er wirklich ganz fehlt, das läßt sich oft erst nach eingehender Untersuchung erkennen. Zur richtigen Beurteilung des Spitzenstoßes für unsere Zwecke ist zudem eine genauere Feststellung des Herzbefundes und der Gesamtdiagnose erforderlich.

Ungewöhnliche Erscheinungsarten des Spitzenstoßes sind selbst bei einem großen Untersuchungsmateriale verhältnismäßig recht selten zu sehen. Deshalb wären kurze kasuistische Mitteilungen über besonders auffallende Spitzenstoßerscheinungen zu begrüßen, um einen



Gesamtüberblick über alle möglichen Abarten des Spitzenstoßes und ihre Häufigkeit zu erhalten.

Auf die bei Nervenkranken mit sonst normalem, symmetrischem Thoraxbau häufig in der Herzgegend anzutreffende und oft recht stark ausgeprägte Einschachtelung der Rippen infolge einer dachziegelartigen Überlagerung durch die nächstunteren Rippen habe ich schon früher aufmerksam gemacht (40, S. 361 und 41, S. 276). Im Röntgenbilde kommt dieses Verhalten der Rippen bei weitem nicht so zum Ausdruck, wie man es nach dem bei aufrechter Stellung des Kranken gewonnenen Tastbefunde erwarten sollte.

Vermutlich läßt das Röntgenbild die freien Zwischenrippenräume trotz der ausgesprochenen Rippenüberlagerung deshalb noch so deutlich hervortreten, weil alle Weichteile mit dem Periost der Rippen im Bilde verschwinden. — Herr Dr. *Liek*, Spezialarzt für Chirurgie in Danzig (24), überzeugte sich öfters bei meinen Kranken von der relativ hochgradigen Überlagerung besonders der 4. bis 6. Rippenpaare an der vorderen Brustwand und machte auch davon mit dankenswertem Interesse mehrere sorgsame Röntgenaufnahmen, bei denen aber nur einmal die eigenartige Rippenüberlagerung durch eine auffallende Verschmälerung des 4. bis 6. Zwischenrippenraumes mit entsprechender Verbreiterung der obersten Interkostalräume radiologisch etwas stärker hervortrat (vergl. S. 102—3).

Tastet man die 4. bis 6. Rippe von unten nach oben in der Mamillarlinie ab, so gleitet der Finger ohne fühlbaren Zwischenraum über die treppenartig aufeinander gelagerten Rippenknochen. Dagegen lassen sich bei der Palpation von oben nach unten deutliche Zwischenrippenspalten oft wohl noch wahrnehmen, in der Sagittallinie aber nicht direkt von vorn nach hinten verlaufend, sondern in ganz schräger Richtung von vorn oben nach hinten unten.

Einen ähnlichen röntgenologischen Thoraxbefund sah ich unter vielen Abbildungen bisher nur einmal bei *Sauerbruch* (39, Abb. 92).

Man wird zunächst versucht sein, diese Rippenanordnung wegen ihres auffallend häufigen Vorkommens bei nervenschwachen Kranken als ein asthenisches Symptom anzusprechen. Bei dem Thorax asthenicus (*Stiller* 46) sind die unteren Zwischenrippenräume wie beim Thorax paralyticus aber durchweg stark verbreitert.

Eine analoge Anordnung der Zwischenrippenräume wie bei den Nervenkranken — oben weit, unten eng — findet sich dagegen öfters nach adenoiden Vegetationen. „Die Stenose der oberen Luftwege durch adenoide Wucherungen führt zu einer Veränderung der Thoraxform. — Die oberen Teile des Thorax werden dabei übermäßig erweitert, die unteren Partien komprimiert" (*B. Fraenkel* 11).

Ob die dachziegelartige Überlagerung der 4. bis 6. Rippenpaare an der vorderen Brustwand immer als eine Folgeerscheinung früher vorhandener adenoider Vegetationen anzusehen ist — der anamnestische Nachweis dieser Ursache ließ sich nicht immer erbringen —, oder ob diese

Rippenüberlagerung eine besondere, für manche Nervenkrankheiten vielleicht irgendwie charakteristische Thoraxform darstellt, darüber läßt sich Bestimmtes noch nicht sagen. Außer einer dauernd schlaffen, nach vorn gebeugten Haltung des Oberkörpers beim Sitzen kämen dabei, ursächlich vielleicht begünstigend, chronische spastische Zustände der entsprechenden Zwischenrippenmuskeln als ätiologisches Moment in Frage. Vermutlich handelt es sich um eine besondere Form des Thorax asthenicus, die sich in der Rippenstellung gerade entgegengesetzt wie der Thorax paralyticus verhält.

Sehr beachtenswert bleibt diese Rippenüberlagerung für die Spitzenstoßfrage.

Nach alter Anschauung „ist bei sehr engen Zwischenrippenräumen an der Brustwand nichts von der Herztätigkeit zu sehen, desgleichen wenn die Herzspitze hinter einer Rippe verborgen ist. — Der Spitzenstoß kann auch bei gesunden Menschen vollkommen fehlen, wenn die Herzspitze nicht in einen Interkostalraum, sondern an eine Rippe sich andrängt.“ (22, S. 12 und 18.)

Hiernach müßte der Spitzenstoß in allen Fällen von ausgesprochener Rippenüberlagerung stets fehlen, und doch habe ich gerade dabei nicht selten einen sehr deutlichen und verbreiterten Spitzenstoß wahrnehmen können. —

Der folgende kurzgefaßte Bericht enthält die Hauptergebnisse meiner Untersuchungen zur näheren Prüfung der Frage, ob der Spitzenstoß eine nur außen wahrnehmbare, rein mechanische Folgewirkung der Herztätigkeit ist, oder ob seine wesentliche Entstehungsursache in der nervösen Übererregbarkeit der Zwischenrippenmuskulatur zu suchen ist, in der Herztätigkeit dagegen nur der auslösende Faktor.

Inhaltsübersicht.



Tabelle 1.

Konstanter typischer Unterschied zwischen der Häufigkeit des fehlenden und der des vorhandenen Herzspitzenstoßes je nach dem Geschlecht und der Altersstufe der Nervenkranken.

Alter	2471 Nervenkranke (1266 männl., 1205 weibl.)			
	1062 ohne Spitzenstoß = 43 %		1409 mit Spitzenstoß = 57 %	
	männlich: 679 = 53,6%	weiblich: 383 = 31,8%	männlich: 587 = 46,4 %	weiblich: 822 = 68,2 %
1—10	11,2 %	3,8 %	88,8 %	96,2 %
11—20	7,1 „	8,6 „	92,9 „	91,4 „
21—30	29,5 „	26,5 „	70,5 „	73,5 „
31—40	61,4 „	35,0 „	38,6 „	65,0 „
41—50	71,8 „	43,0 „	28,2 „	57,0 „
51—60	77,4 „	43,7 „	22,6 „	56,3 „
61—70	72,3 „	50,0 „	27,7 „	50,0 „
71—80	66,7 „	14,2 „	33,3 „	85,8 „
1—20	8,1 „	8,0 „	91,9 „	92,0 „
21—40	49,3 „	31,0 „	50,7 „	69,0 „
41—60	73,6 „	43,1 „	26,4 „	56,9 „
61—80	71,7 „	45,0 „	28,3 „	55,0 „

Alter	3592 Nervenkranke (1881 männl., 1711 weibl.)			
	1478 ohne Spitzenstoß = 41,1 %		2114 mit Spitzenstoß = 58,9 %	
	männlich: 963 = 51,1%	weiblich: 515 = 30 %	männlich: 918 = 48,9 %	weiblich: 1196 = 70 %
1—10	10,5 %	2,1 %	89,5 %	97,9 %
11—20	7,4 „	8,9 „	92,6 „	91,1 „
21—30	26,6 „	25,5 „	73,4 „	74,5 „
31—40	59,0 „	33,4 „	41,0 „	66,6 „
41—50	71,1 „	42,4 „	28,9 „	57,6 „
51—60	76,5 „	39,8 „	23,5 „	60,2 „
61—70	71,8 „	42,8 „	28,2 „	57,2 „
71—80	57,1 „	30,0 „	42,9 „	70,0 „
1—20	8,1 „	7,5 „	91,9 „	92,5 „
21—40	45,7 „	29,7 „	54,3 „	70,3 „
41—60	72,9 „	41,5 „	27,1 „	58,5 „
61—80	70,5 „	40,9 „	29,5 „	59,1 „

I. Über die Häufigkeit des Spitzenstoßes bei Nervenkranken, insbesondere bei beiden Geschlechtern und in den verschiedenen Altersstufen. — Unter den von mir in den letzten Jahren stets in aufrechter Stellung untersuchten 2471 Nervenkranken ließ sich ein fühlbarer oder wenigstens sichtbarer Herzspitzenstoß bei 57 % der Kranken nachweisen. Bei den m. Kranken war er nur in 46,4 %, bei den w. dagegen in 68,2 % vorhanden.

Eine statistische Nachprüfung an 3592 Nervenkranken hatte im wesentlichen dasselbe zahlenmäßige Ergebnis.

Dieser auffallende, regelmäßig wiederkehrende Unterschied in der Häufigkeit des Spitzenstoßes bei beiden Geschlechtern macht sich noch stärker und immer in gleich typischer Weise bemerkbar, sobald man die beiden Geschlechter in ihren verschiedenen Altersstufen miteinander vergleicht.

Bis zum 30. Lebensjahre zeigt sich der Spitzenstoß bei beiden Geschlechtern annähernd gleich häufig mit einem auffallend hohen Prozentsatz. In den höheren Altersstufen sinkt dann seine Häufigkeit stark herab, ganz besonders bei den männlichen Nervenkranken. Am häufigsten fehlt der Spitzenstoß bei beiden Geschlechtern im 5. bis 7. Altersjahrzehnt, mehr wieder bei den Männern als bei den Frauen.

Ein Blick auf die beiden nebenstehenden Tabellen (Tab. 1) läßt diese Verhältnisse deutlich erkennen.

Bisher wurden alle Spitzenstoßerscheinungen einheitlich aufgefaßt und auf den gleichen ursächlichen Ursprung zurückgeführt. Dieser Annahme widersprechen aber meine statistischen Nachweise und vermutlich mit Recht.

Die bei der Nervosität so häufigen und mit der Herzaktion synchronen Zuckungen im Gebiet der Zwischenrippenmuskeln (sog. Herzspitzenstoß) unterscheiden sich wahrscheinlich wesentlich von dem echten, rein mechanisch entstandenen Herzstoß, und diese Unterscheidung gibt den beiden nur scheinbar gleichartigen Symptomen folgerichtig zugleich eine ganz verschiedene diagnostische Bedeutung.

II. Über die Breite des Spitzenstoßes. — Bei wiederholten, in längeren zeitlichen Zwischenräumen gemachten Untersuchungen



findet man im Einzelfalle die Breite des nachweisbaren Spitzenstoßes meist nur wenig verändert, solange wenigstens der Krankheitszustand in gleicher Stärke fortbesteht. Nach erheblicher Besserung des Nervenleidens läßt sich dagegen nicht selten eine langsam fortschreitende und dann gewöhnlich konstant bleibende Abnahme der Spitzenstoßbreite beobachten. Nur stärkere Gemütsbewegungen führen gelegentlich wieder zu einer vorübergehenden Breitenzunahme. Der Spitzenstoß hat oft nur eine fast punktförmige Ausdehnung, bei einer erheblichen Anzahl von Nervenkranken ist er aber deutlich mehr oder weniger verbreitert.

Nach meinen Beobachtungen beträgt seine meßbare Breite bei den m. Kranken 0,5 bis 12 cm, bei den w. 0,5 bis 13 cm. Die Berechnung seiner Durchschnittsbreite ergab 2,9 cm für das m. Geschlecht, 4,1 cm für das w. [1]).

W. Kranke zeigen also viel häufiger als m. eine größere Breitenausdehnung des Spitzenstoßes. Berücksichtigt man dabei aber, daß

Tabelle 2a.

Breite des Herzspitzenstoßes bei 1409 Nervenkranken. — Durchschnittsbreite des Spitzenstoßes:
bei dem männlichen Geschlecht = 2,9 cm,
bei dem weiblichen Geschlecht = 4,1 cm.

Breite cm	männlich 587	weiblich 822	männlich Prozentual	weiblich Prozentual
0,5	90	75	15,3 %	9,1 %
1	42	34	7,1 ,,	4,1 ,,
2	148	121	25,2 ,,	14,7 ,,
3	118	137	20,1 ,,	16,6 ,,
4	68	117	11,5 ,,	14,2 ,,
5	37	86	6,3 ,,	10,4 ,,
6	35	89	5,9 ,,	10,8 ,,
7	20	41	3,4 ,,	5,0 ,,
8	14	43	2,3 ,,	5,2 ,,
9	8	34	1,3 ,,	4,1 ,,
10	5	26	0,8 ,,	3,1 ,,
11	1	9	0,1 ,,	1,0 ,,
12	1	7	0,1 ,,	0,8 ,,
13	—	3	—	0,3 ,,

[1]) Nach *Romberg* (34) ist die durchschnittliche Breite des Spitzenstoßes bei Männern = 1,9 cm, bei Frauen = 1,95 cm und bei Kindern = 2,1 cm.



nervöse Frauen mindestens ebenso häufig wie Männer an funktioneller Herzerschlaffung leiden, so ließe sich m. E. die häufigere und stärkere Verbreiterung des Spitzenstoßes bei dem w. Geschlechte weitaus besser erklären, wenn man den Spitzenstoß nur als eine zufällige, wenn auch häufig vorkommende Zuckung der Zwischenrippenmuskeln rein neurasthenischen Ursprungs auffassen wollte, anstatt wie bisher bei ihm eine unmittelbare Abhängigkeit von der Stärke der Herzaktion anzunehmen.

Die Häufigkeitsunterschiede der zunehmenden Spitzenstoßbreiten bei beiden Geschlechtern sind in der Tabelle 2a übersichtlich zusammengestellt.

III. A. 1. Der Einfluß der Arteriosklerose auf die Häufigkeit des Spitzenstoßes. — Deutliche arteriosklerotische Anzeichen fanden sich bei nervösen Männern ohne Spitzenstoß in 53,6 %, mit Spitzenstoß in nur 37 %. Die entsprechenden Prozentzahlen für nervenkranke Frauen beliefen sich auf 11,1 % und 11,7 %.

Nach dem Untersuchungsergebnis bei dem m. Geschlecht mit seiner weitaus größeren Neigung zur Gefäßsklerose scheinen somit arteriosklerotische Erkrankungszustände die Entstehung des Spitzenstoßes bei Nervösen in erheblichem Grade einzuschränken.

2. Eine epigastrische Pulsation [1]) ließ sich bei m. Nervenkranken ohne Spitzenstoß in 31,7 %, mit Spitzenstoß in nur 15,8 % beobachten, bei den w. Kranken in 15,5 % bzw. in 15,9 %.

Diese Zahlen laufen ganz parallel mit den Prozentzahlen der Arteriosklerose. Bei dem m. Geschlecht ohne Spitzenstoß kommt die epigastrische Pulsation ähnlich wie die Arteriosklerose überwiegend häufig vor. Bei vorhandenem Spitzenstoß zeigen beide Geschlechter denselben Prozentsatz.

3. Teleangiectasia thoracoepigastrica arcuata (s. figurata transversa). Dieses Syptom findet sich nur selten bei jungen Menschen, oft dagegen im vorgeschrittenen Alter bei nervösen Männern (bei Arbeitern noch etwas häufiger als in höheren Ständen).

Man sieht dabei ein schmales oder breiteres, typisch geschlängeltes Band erweiterter Hautkapillaren, das in unregelmäßiger Bogenform quer über das untere Drittel der vorderen Brustwand verläuft. In der Mitte (am Epigastrium) ist dieses Band manchmal noch unterbrochen, weil noch nicht vollständig ausgebildet. Bei nervösen Frauen kommt eine deutlich und stärker entwickelte Teleangiectasie an dieser Stelle nur sehr

[1]) Nach *Stiller* (46) kommt die sehr häufige Pulsatio epigastrica fast ausschließlich bei Frauen vor.



selten vor. Häufiger beobachtet man bei ihnen ähnliche bandartige Kapillarektasien an anderen Körperstellen und zwar in der oberen Rücken-Nackengegend in querer, nach oben konvex verlaufender Bogenform, sowie an der Außen- und Vorderfläche der Oberschenkel in Form eines schräggeschlängelten Längsstreifens (von oben außen nach unten innen).

Pinkus (33) erwähnt den „namentlich bei Männern am unteren Thoraxrande (an der Grenze zwischen der Bauch- und Brustmuskulatur) oft vorkommenden Kranz aufwärts verlaufender Gefäßbäumchen" und bemerkt dazu: „Die Annahme, daß diese Erscheinung bei Emphysematikern (*Hirschlaff* 17), bei Hustern (*Sahli* 37) oder bei Fettleibigen und Fressern (*Schweninger* 45) besonders häufig seien, hat sich nicht bewahrheitet".

Die Teleangiectasia thoracoepigastrica arcuata war bei nervösen Männern ohne Spitzenstoß erheblich häufiger (in 40,9 %) anzutreffen, als bei vorhandenem Spitzenstoß (in 29,9 %). Bei den weiblichen Nervenkranken in nur 3,2 % bzw. in 3 %.

Mir scheint dieses Symptom mit der Gefäßsklerose in einem gewissen ursächlichen Zusammenhange zu stehen. Daher vielleicht auch das auffallend ähnliche Zahlenergebnis der Häufigkeit bei ihm wie bei der Arteriosklerose, insbesondere bei den Männern ohne Spitzenstoß (53,6 : 37 %) und die Seltenheit der beiden pathologischen Veränderungen der Gefäße bei Frauen (11,1 und 3,2 %).

B. 1. Eine Vergrößerung der Schilddrüse (Struma) findet sich bei w. Nervenkranken viel häufiger als bei m. In beiden Geschlechtern leiden die Kranken ohne Spitzenstoß seltener an einer nachweisbaren Hypertrophie der Schilddrüse als die Kranken mit Spitzenstoß. Der Prozentsatz der Hypertrophie betrug bei m. Kranken ohne Spitzenstoß = 0,3 %, mit Spitzenstoß = 1,3 %, bei w. Kranken ohne Spitzenstoß = 7,6 %, mit Spitzenstoß = 11,7 %.

2. Hyperidrosis axillaris nervosa. — Werden Nervenkranke im Stehen und bei entkleidetem Oberkörper eingehend auf das Herz untersucht, so bemerkt man bei ihnen oft schon nach kurzer Zeit einen plötzlichen und starken Schweißausbruch der Achseldrüsen. Ohne erkennbaren äußeren Anlaß rinnen dann mehrere Minuten lang große, klare, seltener milchiggetrübte Schweißperlen an beiden Seiten des Brustkorbes und an der Innenfläche der Oberarme herab. Oft fühlen sich die Kranken dadurch ganz überrascht und beunruhigt, weil sie diesen Vorgang früher niemals an sich wahrgenommen hatten.

Einzelne Beobachter wollten dieses Symptom auf die Entblößung des Körpers und den Kältereiz ursächlich zurückführen, daher auch die Bezeichnung: „Hyperidrosis axillaris nudorum" (1 und 13). Dieser Auffassung widerspricht aber das Ausbleiben einer gleichartigen Schweißsekretion bei der Entblößung des Körpers aus anderen Anlässen und das



Auftreten typischer Hyperidrosis axillaris bei der Herzuntersuchung an heißen Tagen bzw. im geheizten Zimmer.

Ohne Zweifel ist diese episodische Hyperidrosis axillaris bei Nervösen rein psychogen bedingt durch die Herzuntersuchung und die dabei auftretende ängstlich-hypochondrische Spannung und Erregung. Deshalb zeigt sich der anfallähnliche Schweißausbruch meist nur bei der ersten längeren Herzuntersuchung. Bei wiederholter Untersuchung blieb er mitunter ganz aus, besonders wenn ich den Kranken über seinen Herzzustand schon vorher völlig beruhigt hatte.

Abgesehen von den Fällen habitueller Hyperidrosis axillaris ist dieser plötzliche Schweißausbruch der Achseldrüsen bei Nervenkranken, besonders während der Herzuntersuchung, als ein beachtenswertes neurasthenisches Stigma anzusehen.

Die Hyperidrosis axillaris nervosa fand sich durchschnittlich mehr bei w. Nervenkranken als bei m. Bei beiden Geschlechtern zeigen die Kranken mit Spitzenstoß dieses neurasthenische Symptom häufiger als die ohne Spitzenstoß. Es war bei den m. Kranken ohne Spitzenstoß in 21 %, mit Spitzenstoß in 28,1 %, bei den w. ohne Spitzenstoß in 33,3 %, mit Spitzenstoß in 35,4 % vorhanden.

3. Die perimetrische Ermüdbarkeit (das Ermüdungsgesichtsfeld oder *Foersters* Verschiebungstypus des Gesichtsfeldes) gehört ebenfalls zu den Symptomen der Neurasthenie. Nach meiner Beobachtung neigen die m. Nervenkranken etwas mehr dazu als die w. Die perimetrische Ermüdbarkeit war häufiger nachweisbar bei Nervösen mit Spitzenstoß als bei den Kranken ohne Spitzenstoß. Nicht selten fand sich bei denselben Kranken hochgradige perimetrische Ermüdbarkeit neben auffallend starker Verbreiterung des Spitzenstoßes. Dieses gleichzeitige Auftreten von zwei besonders deutlich ausgebildeten Merkmalen der Neurasthenie war mehr bei w. als bei m. Nervenleidenden zu beobachten.

Deutliche perimetrische Ermüdbarkeit fand sich bei m. Nervenkranken ohne Spitzenstoß in 79 %, mit Spitzenstoß in 91 %, bei w. ohne Spitzenstoß in 76 %, mit Spitzenstoß in 82 %.

4. Der Kniescheibenreflex. — Auch das Verhalten des Patellarreflexes bei Nervenkranken spricht für die Annahme einer neurasthenischen Grundlage des Spitzenstoßes. Einen lebhaften und starken Patellarreflex stellte ich bei den w. Nervenkranken häufiger fest als bei den m., und er war bei Nervösen mit Spitzenstoß nahezu doppelt so oft wie bei den Kranken ohne Spitzenstoß nachzuweisen. Ich beobachtete eine erhebliche Verstärkung des Patellarreflexes bei m. Nervenkranken ohne Spitzenstoß in 8,5 %, mit Spitzenstoß in

17 %, bei w. Kranken ohne Spitzenstoß in 14,5 %, mit Spitzenstoß in 26,9 %.

5. Eine fühlbare Pulsation der Bauchaorta wurde beobachtet bei m. Nervenkranken ohne Spitzenstoß in 30,4 %, mit Spitzenstoß in 37 %, bei w. ohne Spitzenstoß in 43,1 %, mit Spitzenstoß in 52,9 %. — „Merkwürdigerweise findet sich die Erscheinung hauptsächlich bei nervösen Leuten" (*Krehl* 22, S. 19).

Vergleicht man die Ergebnisse der beiden Untersuchungsreihen III A 1—3 und III B 1—5, d. h. vergleicht man, wenn ich so sagen darf, die arteriosklerotische Gruppe mit der neurasthenischen, so kommt man zu der bedeutsamen Schlußfolgerung, daß die arteriosklerotische Gruppe die Häufigkeit des Spitzenstoßphänomens wesentlich einschränkt, die neurasthenische sie dagegen sehr erheblich steigert.

Mit dieser Feststellung erhält die neurogene Spitzenstoßtheorie unverkennbar ein weiteres starkes Übergewicht vor der rein mechanischen Theorie.

C. 1. Der Oberarmumfang. — Bei allen Nervenkranken der gleichen Alterstufe ließ sich mit dem stärkeren Umfange der Oberarme eine entsprechende Abnahme in der Häufigkeit des Spitzenstoßphänomens nachweisen.

2. Der Brustumfang. — Der Spitzenstoß war am häufigsten bei m. Nervenkranken mit 80—82 cm Brustumfang vorhanden, bei w. Kranken mit 74—76 cm Brustumfang. Am meisten fehlte er bei m. Kranken mit 83—85 cm, bei den w. mit 77—82 cm Brustumfang. Der Spitzenstoß wurde regelmäßig vermißt bei Männern mit 95—114 cm, bei Frauen mit 92—100 cm Brustumfang.

Ein geringer Brustumfang begünstigt also bei beiden Geschlechtern die Häufigkeit des Spitzenstoßes. Bei starkem Brustumfang ist ein Spitzenstoß vermutlich nur bei hochgradiger Übererregbarkeit der Zwischenrippenmuskeln zu erwarten.

Bei einem Brustwarzenabstand von 21 cm ist der Spitzenstoß bei beiden Geschlechtern am häufigsten, ein größerer Abstand (22—23 cm) macht ihn wieder viel seltener. — Bei kurzem Thorax ist er häufiger zu finden als bei längerem Thorax.

3. Der Tiefendurchmesser des Brustkorbes. Mit der Größenabnahme des Tiefendurchmessers des Brustkorbes nimmt die Häufigkeit des Spitzenstoßes zu. Bei den m. Nervenkranken fehlte der Spitzenstoß am häufigsten bei einem Tiefendurchmesser von 21—22 cm, bei den w. Kranken mit einem Tiefendurchmesser von



18—20 cm. Dagegen war der Spitzenstoß am meisten nachweisbar bei Männern mit 18—20 cm, bei Frauen mit 17 cm großem Tiefendurchmesser.

Das vermehrte Auftreten des Spitzenstoßes bei einer geringeren Wölbung des Brustkorbes hängt wahrscheinlich mit der entsprechend schwächeren Entwickelung der Zwischenrippenmuskeln zusammen, während andererseits die kräftigere Ausbildung dieser Muskeln bei einem größeren Brustumfange die relative Seltenheit des Spitzenstoßes dabei erklärt.

4. Der Bauchumfang. Am meisten war der Spitzenstoß bei einem Bauchumfange von 71—80 cm vorhanden, er fehlte dagegen häufiger bei einem Bauchumfang von über 80 cm.

5. Der epigastrische Winkel. Mit zunehmender Größe dieses Winkels, besonders über 80°, nahm die Häufigkeit des Spitzenstoßes fortschreitend ab. Die Gipfelpunkte für die durchschnittliche Häufigkeit des nachweisbaren und des fehlenden Spitzenstoßes lagen in den Kurven bei 50 bzw. bei 60°.

D. Die gesteigerte mechanische Muskelerregbarkeit (M. M. E. +). — Zur Prüfung der Abhängigkeit des Spitzenstoßes von der Steigerung der mechanischen Muskelerregbarkeit untersuchte ich deren Häufigkeit am Platysma, am Musc. pectoralis major und an den der unteren Hälfte der Schulterblätter aufliegenden Muskeln. Die Zwischenrippenmuskeln liegen für eine unmittelbare Beobachtung nicht frei genug, um bei ihnen eine eventuelle M. M. E. + direkt festzustellen.

1. Platysma. — Durch Beklopfen des oberen Randes der Schlüsselbeine mit dem Perkussionshammer fand ich bei 607 Nervenkranken (303 m. und 304 w.) eine M. M. E. + am l. Platysma in 39 %, am r. in nur 10 %. War die M. M. E. + gleichzeitig am l. und r. Platysma nachweisbar, so war doch die Steigerung am linken Muskel fast regelmäßig stärker als am rechten.

Bei m. Nervenkranken betrug die Häufigkeit der nachweisbaren M. M. E. + am Platysma l. = 52 % (ohne Spitzenstoß = 54 %, mit Spitzenstoß = 48 %), r. = 16 % (ohne Spitzenstoß = 15 %, mit Spitzenstoß = 16,5 %); bei den w. Kranken l. = 25 % (ohne Spitzenstoß = 27 %, mit Spitzenstoß = 25 %), r. = 5 % (ohne Spitzenstoß = 6 %, mit Spitzenstoß = 5 %). Am Platysma war eine M. M. E. + bei den Nervenkranken mit Spitzenstoß etwas seltener nachzuweisen als bei den Kranken ohne Spitzenstoß.

Auffallend groß ist der Häufigkeitsunterschied der M. M. E. + am Platysma zwischen beiden Geschlechtern (m. = 52 %, w. = 25 %); dabei steht er im umgekehrten Verhältnis zur Häufigkeit des Spitzenstoßes (bei m. Kranken = 46,4 %, bei w. Kranken = 68,2 %).

2. **Musc. pectoralis major und Schulterblattmuskeln.** — Eine Steigerung der mechanischen (idiomuskulären) Erregbarkeit des Musc. pectoralis war in 32,3 % bei meinen Nervenkranken (ohne Spitzenstoß in 31,9 %, mit Spitzenstoß in 32,6 %) nachweisbar. Die M. M. E. + war dabei am l. M. pectoralis nicht selten etwas stärker ausgeprägt als am r. Ihre Häufigkeit betrug 45,2 % bei m. Kranken (ohne Spitzenstoß = 41,2 %, mit Spitzenstoß = 50,8 %) und 18,2 % bei den w. (ohne Spitzenstoß = 14,2 %, mit Spitzenstoß = 20,2 %). Gegenüber den w. Kranken war die M. M. E. + des M. pectoralis bei den m. Kranken in noch stärkerem Maße vertreten als die M. M. E. + des Platysma (im Verhältnis von 3 : 2).

Im Gegensatz zum Platysma fand sich aber die M. M. E. + des M. pectoralis wesentlich häufiger bei vorhandenem als bei fehlendem Spitzenstoß.

Die an den Schulterblattmuskeln beobachtete M. M. E. + war im Gegensatz zum Platysma und dem M. pectoralis r. zuweilen etwas stärker ausgeprägt als l., meist aber beiderseits gleich stark.

Meine Beobachtungen bestätigen, daß die M. M. E. + nicht an allen Muskelgruppen gleich häufig und in gleichem Stärkegrade zur Entwickelung kommt. **Einzelne Muskeln scheinen dazu besonders stark veranlagt zu sein**, und bei den gleichen Muskeln kann die M. M. E. + auf beiden Seiten in verschiedener Stärke ausgebildet sein, auf einer Seite öfters sogar ganz fehlen. — Das Platysma und z. T. auch der M. pectoralis lassen eine M. M. E. + bei Nervenkranken (bei m. überwiegend mehr als bei w.) häufiger oder wenigstens stärker ausgeprägt an der l. als an der r. Brustseite erkennen.

Auf das Verhalten der M. M. E. + der Zwischenrippenmuskeln lassen sich aus diesen Untersuchungsbefunden natürlich keine sicheren Schlüsse ziehen. Soviel darf man aber wohl daraus entnehmen, daß das Fehlen einer stärkeren M. M. E. + an den großen Brustmuskeln eine mehr oder weniger starke M. M. E. + der Zwischenrippenmuskeln keineswegs ausschließt.

Das überwiegend häufigere Auftreten des Spitzenstoßes bei den w. Nervenkranken läßt sehr wahrscheinlich darauf schließen, daß diese weitaus mehr als die m. Nervenkranken zu einer stärkeren M. M. E. + der Zwischenrippenmuskeln neigen.

IV. **Über die Lage des Spitzenstoßes.** — Der Spitzenstoß war gleichzeitig in 2—3 Zwischenrippenräumen [1]) nachweisbar bei m. Nervenkranken in 8,5 %, bei w. in 11,4 %.

[1]) „Zwischen den untersten Rippen überspringen einzelne Bündel der Zwischenrippenmuskeln die eine oder andere Rippe, um sich an die



Nach dem Ergebnis der gesamten Herzuntersuchung entsprach der Spitzenstoß mit großer Wahrscheinlichkeit seiner Lage nach nicht der Anschlagstelle der Herzspitze gegen die vordere Brustwand: bei m. Nervenkranken in 10 %, bei w. in 10,1 %. Der Spitzenstoß lag dabei oberhalb der gefundenen Herzdämpfungsgrenzen bei m. Kranken in 2,5 %, bei w. in 3,7 %. Er lag seitlich außerhalb dieser Grenzen (nach der linken Axillarlinie zu) bei m. Kranken in 5,7 %, bei w. in 4 %. und er war oberhalb und zugleich seitlich außerhalb der Herzdämpfungsgrenzen nachweisbar bei m. Kranken in 1,8 % und bei w. in 2,4 %.

Bisher konnte ich wegen äußerer Schwierigkeiten die Richtigkeit dieser Befunde durch Röntgenaufnahmen nicht systematisch nachprüfen, dafür bin ich aber bei meinen Untersuchungen und der Kritik ihrer Ergebnisse mit großer Sorgfalt vorgegangen (vergl. S. 103 u. 105).

V. Ungewöhnliche Erscheinungsformen des Spitzenstoßes und Einzelbeobachtungen[1]. — 1. In einzelnen Fällen ließ sich sehr deutlich innerhalb eines Zwischenrippenraumes an dem verbreiterten Spitzenstoße eine lebhafte, sternalwärts rollende Wellenbewegung (ähnlich wie bei gesteigerter idiomuskulärer Erregbarkeit) sicht- und fühlbar beobachten. Bei den m. Nervenkranken war diese Erscheinung bisher in 2,2 %, bei den w. dagegen noch in keinem einzigen Falle nachzuweisen.

2. G., 26jähr. Beamter, ledig, behandelt seit 1. 5. 1916. — Erblich schwer belastet (Vater Paralytiker, mit 39 J. †. Mutter stark nervös. Großvater mütterlich senil dement. Schwester der Mutter melancholisch, Suizid mit 44 J.). G. war das erste Kind, die andern 3 Geschwister klein †. — Mit 14 Jahren wegen Blinddarmeiterung 2 mal operiert. Starker Genußmensch (Alkohol, Zigaretten, übermäßig Fleisch). Spielte nachts leidenschaftlich Karten. — Starke Neurasthenie mit Schlaf-

---

zweitfolgende zu heften" (*W. Krause* 21). — Damit ließe sich vielleicht in einzelnen Fällen das gleichzeitige Auftreten des Spitzenstoßes in mehreren Interkostalräumen erklären, zumal der Spitzenstoß dabei im oberen Zwischenrippenraume oft wesentlich schwächer zu fühlen ist als im darunterliegenden. Bei vorhandener M. M. E. + der Interkostalmuskeln mit obiger anatomischer Anomalie würde die Herzaktion im unteren Zwischenrippenraume eine spastische (stärker fühlbare) Zuckung des ganzen Interkostalmuskels an einer umschriebenen Stelle hervorrufen, im darüberliegenden dagegen nur eine (schwächer fühlbare) Mitzuckung vereinzelter seiner dorthin verlaufenden Muskelbündel.

[1] *Niemeyer* (32) beobachtete ein 12jähr., sehr mageres, schmächtiges Kind, das links neben der Wirbelsäule einen ganz deutlich sichtbaren systolischen Herzimpuls (Spitzenstoß) darbot.



losigkeit, Kopfschmerzen und Blutandrang zum Kopf. Zeitweise deshalb arbeitsunfähig. Nach Alkohol psychopathisch heiter erregt. Geistig sonst normal, gutmütig, im Berufe tüchtig.

Befund: 1,68 m, 58,5 kg. mit Kleidung. Schwächlich, schlank gebaut. Straffe kräftige Muskulatur. Fahlblasse Gesichtsfarbe. R. Arteria temp. sichtbar geschlängelt. Lebhafter Patellarreflex. Starke perimetrische Ermüdbarkeit.

Regelmäßiger, voller, gespannter Puls, 60—90. Normale Herzdämpfungsgrenzen. Reine Herztöne. II. Aortenton stärker akzentuiert.

Ganz eigenartiger Spitzenstoß: mittelstark sichtbar und fühlbar im 4. und 5. I.-R. (im 4. I.-R. = 10 cm, im 5. I.-R. = 6 cm breit). Er reicht bis zur vorderen l. Axillarlinie. Man bemerkt deutlich in der ganzen Breite dieses Spitzenstoßes vereinzelte und sehr lebhafte tikartige Zwischenrippenmuskel-Zuckungen, synchron mit der Herzaktion. In ganz unregelmäßigem Wechsel treten diese Zuckungen bald nur im 4., bald nur im 5. I.-R. auf, während in dem andern I.-R. dann jede Bewegungserscheinung fehlt.

Nach längerer ärztlicher Behandlung (geregelter Lebensweise, Alkoholabstinenz) gutes Allgemeinbefinden, frisches Aussehen und ungestörte Arbeitsfähigkeit. Der Puls blieb regelmäßig, mittelstark, noch etwas gespannt, 72. Die tikartigen Zwischenrippenmuskel-Zuckungen verschwanden schon nach kurzer Behandlungszeit vollständig. — Die Nachuntersuchungen ergaben bei anhaltend gutem Befinden folgenden Spitzenstoßbefund:

Am 26. 7. 1916. Ein Spitzenstoß ist bei aufrechter Stellung nirgends mehr nachweisbar. (Bei linker Seitenlage ist der Spitzenstoß nur schwach fühlbar.)

Am 3. 8. 1916. Der im 5. I.-R. nur schwach fühlbare Spitzenstoß ist 2 cm breit. (Auch bei l. Seitenlage nur schwach fühlbar.)

Am 29. 8. 1917. Der 2 cm breite Spitzenstoß ist im 5. I.-R. nur sichtbar, nicht mehr fühlbar.

Am 11. 9. 1920. Der 3 cm breite Spitzenstoß ist im 5. I.-R. schwach, aber meist nur exspiratorisch fühlbar. —

Einen ähnlichen Fall habe ich bisher nicht wieder beobachtet. Sehr deutlich ließ sich bei G. der stark verbreiterte Spitzenstoß als eine selbständige, spastische, tikartige Bewegungserscheinung der Zwischenrippenmuskulatur (synchron mit der Herzaktion) erkennen. Die Zuckungen waren nur im schwersten Stadium der Neurasthenie vorhanden. Trotz heftiger Herztätigkeit und erheblicher Besserung des Allgemeinbefindens blieb der Spitzenstoß in der Folgezeit dauernd schwach und an Breite stark vermindert. Eine rein mechanische Entstehung des Spitzenstoßes (als unmittelbare Folge der Herzbewegung) läßt sich in diesem Falle mit Sicherheit ausschließen, und diese Beobachtung beweist die tatsächliche Möglichkeit eines rein neurogenen Ursprunges des Spitzenstoßes auf der Grundlage einer starken neuromuskulären Übererregbarkeit der Zwischenrippenmuskeln.

3. Frl. H., 39jähr. Lehrerin, behandelt seit 15. 3. 1918. Ein Bruder des Vaters war imbezill. Sonst keine erbliche Belastung. Die



Kranke überstand vor 5 Jahren Typhus und erlitt seitdem viele seelische Erschütterungen. Sie kam in meine Behandlung wegen hochgradiger, rein psychogener Unsicherheit beim Gehen und wegen starker allgemeiner Nervenschwäche. Sie litt an Fallangst und wagte keinen Schritt allein zu gehen. Eine Operation, zu der ihr von anderer Seite wegen leichter Anschwellung der Schilddrüse geraten wurde, lehnte sie ab.

Befund: 1,60 m, 53,5 kg mit Kleidern. Asthenische Konstitution. Schlaffe Muskulatur. Händedruck r. = 35, l. = 42. Halsumfang 29—31 cm. Fahlblasse Gesichtsfarbe. Starker Patellarreflex. Mittelstarke perimetrische Ermüdbarkeit. — Am l. Seitenlappen der Schilddrüse ist eine derbe halbpflaumengroße Anschwellung fühlbar. — Regelmäßiger, mittelstarker, etwas gespannter Puls, 108. Verbreiterte Herzdämpfung. Reine Herztöne. Im 4. und 5. I.-R. ist ein 8 cm breiter Spitzenstoß stark fühlbar. — Nach der Behandlung (seit 1. 5. 1919) wieder berufsfähig. Allgemeinbefinden erheblich gebessert. Die Kranke geht wieder allein mit dem Gefühl fast völliger Sicherheit. Entlassungsbefund: 51 kg mit Kleidern. Händedruck beiderseits = 50. Lebhafter Patellarreflex. Schwache perimetrische Ermüdbarkeit. Die Schilddrüsenanschwellung, die langsam zurückgegangen war, ist nicht mehr nachweisbar. Verkleinerung der Herzdämpfungsbreite. Mittelstarker Puls, 72. Der Spitzenstoß ist noch schwach im 5. I.-R. fühlbar und 2,5 cm breit.

4. Frl. L., 47jähr. Lehrerin, in Behandlung seit 1. 9. 1916. Erblich belastet (Großmutter mütterlich geisteskrank. Vater Säufer. Eine Schwester leidet an Morb. Basedowii.). Als Mädchen bleichsüchtig. Mit 37 Jahren Magengeschwür. Beginnendes Klimakterium. Seit 10 Jahren schlaflos. Starker Mißbrauch von Schlafmitteln. Habituelle Obstipation. Seit 6 Monaten völlig arbeitsunfähig. Die Kranke ist sehr schwierig, herausfordernd, anspruchsvoll, sehr reizbar, überempfindlich, ungeduldig, voll Widerspruchsgeist, stets unzufrieden und äußert oft Selbstmordgedanken.

Befund: 1,65 m, 50,5 kg mit Kleidern. Schlaffe Muskulatur. Gesichtsfarbe stark anämisch. Händedruck r. = 40, l. = 36. Feuchtkalte Hände und Füße. Magenplätschern. Lebhafter Patellarreflex. Mittelstarke perimetrische Ermüdbarkeit. Struma. Halsumfang 29—36 cm. (Mittelstarke, derbweiche Anschwellung beider Seitenlappen der Schilddrüse. Im l. Seitenlappen ist in der Anschwellung ein pflaumengroßer harter Knoten fühlbar.) — Regelmäßiger, kleiner, weicher Puls, 108. Herzdämpfung verbreitert. Reine Herztöne. Im 4. und 5. I.-R. ist ein 9 cm breiter Spitzenstoß mittelstark fühlbar. — Befund am 16. 8. 1917: Kleiner weicher Puls, 96. Halsumfang 28—32 cm. Spitzenstoß unverändert.

Seit 20. 12. 1917 ist die Kranke wieder berufsfähig. Sie schläft ausreichend ohne Schlafmittel, fühlt sich wieder frischer, tatkräftiger und ist frei von Selbstmordgedanken. Befund am 10. 7. 1918: 48 kg mit Kleidern. Händedruck r. = 43, l. = 40. Mäßige perimetrische Ermüdbarkeit. Halsumfang 28—31 cm. Völliger Rückgang der Schilddrüsenanschwellung bis auf 2 kleine, im linken Seitenlappen noch fühlbare, etwa kirschkerngroße, härtere Knötchen. Abnahme der Herzdämpfungsbreite. Regelmäßiger, mittelstarker Puls, 84.

Der Spitzenstoß ist 6 cm breit und mäßig fühlbar im 4. und 5. I.-R. Außerdem ist parasternal im linken 2. I.-R. ein 2 cm breiter Spitzenstoß schwach sichtbar und fühlbar, der früher nicht vorhanden war. —

Die beiden Fälle 3 und 4 lassen nach wesentlicher Besserung des Allgemeinbefindens und der Herztätigkeit eine nachweisbare Abnahme der Intensität und der Breite des Spitzenstoßes erkennen. Nach der rein mechanischen Herzspitzentheorie würde man das nicht erwarten können.

5. Frl. G., 16jähr. Schülerin, in Behandlung seit 8. 1. 1910. Erblich nicht belastet. Erkrankte mit 3 J. an Pneumonie und litt später oft an Magenstörungen. Die erste Menstruation mit 14 J. Seitdem sehr schreckhaft, leicht aufgeregt, zuweilen Lach- oder Weinkrampf, Abnahme der Lernfähigkeit und häufige kurze hysteriforme Anfälle mit Bewußtseinsstörung.

Befund: 1,66 m, 54,5 kg mit Kleidern. Sehr blasse Gesichtsfarbe. Kalte Stauungshände. Händedruck r. = 49, l. = 37. Costa X fluctuans. Starker Patellarreflex. Kleiner, weicher, unregelmäßiger Puls, 120. Reine Herztöne. Herzdämpfung verbreitert. 9 cm breiter, im 4. und 5. I.-R. stark fühlbarer Spitzenstoß.

Am 9. 9. 1913: Die Kranke fühlt sich seit 2 Jahren gesund, ohne Beschwerden, und die Anfälle sind in dieser Zeit ganz ausgeblieben. Befund: 1,68 m, 62 kg mit Kleidern. Frische rote Gesichtsfarbe. Heiteres Wesen. Arbeitsfreudig. Händedruck r. = 72, l. = 66. Regelmäßiger, mittelstarker Puls, 78, ca. 0,5 cm breiter (fast punktförmiger) Spitzenstoß, der im 5. I.-R. nur schwach (in l. Mamillarlinie) fühlbar ist.

Am 3. 12. 1920: Im Postdienst tätig. Befund: 1,68 m, 63,5 kg mit Kleidern. Kräftig gebaut. Straffe Muskulatur. Händedruck r. = 57, l. = 50. Brustumfang = 75—84 cm. Regelmäßiger, mittelkräftiger Puls, 90. Abnahme der Herzdämpfungsbreite. Reine Herztöne. Ein Spitzenstoß ist jetzt nicht mehr nachweisbar.

6. Förstersfrau Su., 25 J. alt, in Behandlung seit 7. 4. 1913 wegen Herzneurose und hypochondr. Neurasthenie. — Erblich nicht belastet. Mit 18 J. Scharlach. Seitdem nervös. Mit 22 J. geheiratet. Seit 1 J. stärker nervös mit Schwächezuständen im l. Arm und Bein, Kopfschmerzen, Herzklopfen und Herzbeklemmung, besonders nachts. Oft sehr verzagt und leicht aufgeregt. — Befund: 1,56 m, 53,5 kg mit Kleidern. Brustumfang 72—78 cm. Händedruck = 58. Regelmäßiger, matter, kleiner, weicher Puls, 84—108. Reine Herztöne. 4 cm breiter, gut fühlbarer Spitzenstoß.

Am 17. 5. 1919: 1917 Blinddarmoperation. 1918 schwerer Grippeanfall. Lähmungsartiges Gefühl in linker Körperhälfte, nachts Angstgefühle mit Schweißausbruch, Herzbeschwerden und Furcht vor Irrsinn.

Befund: 53 kg mit Kleidern. Asthenischer Habitus. Flacher Brustkorb. Die 4.—6. Rippenpaare an vorderer Brustwand stark dachziegelförmig von unten nach oben überlagert. Mittelkräftige, etwas schlaffe Muskulatur. Mittelstarker Patellarreflex. Mittelstarke perimetrische Ermüdbarkeit. Regelmäßiger, mittelstarker, etwas weicher Puls, 90. Der Spitzenstoß ist 4 cm breit, im 4. I.-R. (oberhalb der Herzdämpfungsgrenzen) mäßig, zeitweise nur schwach fühlbar. — Im Bereich des Spitzen-



stoßes starker Interkostal-Druckschmerz, der an den übrigen Zwischenrippenräumen ganz fehlt.

Am 20. 6. 1919: Der Spitzenstoß ist 4 cm breit und im 4. I.-R. fühlbar. Bei seelischer Erregung ist der Spitzenstoß vorübergehend 8 cm breit. Die Röntgenaufnahme zeigt beiderseits eine wesentliche Verengerung des 4. bis 6. Zwischenrippenraumes und eine auffallende Verbreiterung der oberen Interkostalräume (ähnlich wie bei dem Brustkorb nach adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum — mit Stenose der oberen Luftwege. Vergl. S. 88).

Der Spitzenstoß (fixiert durch ein Bleiplättchen von gleicher Breite) liegt oberhalb des Herzschattens, relativ weit von der Herzspitze entfernt. Sichtbar sind auch die besonders kräftig entwickelten Brustwarzen.

Am 17. 12. 1919: Unglückliche Ehe (Trunksucht des Mannes). 51,5 kg mit Kleidern. Händedruck r. = 47, l. = 43. Reine Herztöne. Mittelkräftiger, regelmäßiger Puls, 90. Der Spitzenstoß fehlt ganz.

7. Kaufmannsfrau. 51 J. alt, in Behandlung seit 3. 3. 1920. — Erblich belastet. (Der Vater und 1 Bruder der Mutter waren psychopathische Sonderlinge, ein anderer Bruder der Mutter Potator.) — Mit 20 Jahren beginnende Migräne. Mit 27 J. Gelenkrheumatismus. Mit 28 J. geheiratet. 3 lebende Töchter, von denen die mittlere zeitweise an epileptischen Anfällen litt. Seit 1917 Climacterium incipiens. Viel Sorgen und Gemütserschütterungen in der Ehe. Seit 6 Monaten starker nervöser Erschöpfungszustand und Herzneurose. Häufige spontane Anfälle mit starkem Herzklopfen und Herzangst, besonders nachts. Oft reizbar verstimmt.

Befund: 1,72 m. 58,5 kg mit Kleidern. Asthenischer Körperbau. Muskulatur stark erschlafft. Fahlblasse Gesichtsfarbe. Lebhafter Patellarreflex. Mittelstarke perimetrische Ermüdbarkeit. Regelmäßiger, weicher, kleiner Puls, 96—120. Normale Herzdämpfungsgrenzen. Reine Herztöne. Spitzenstoß 6 cm breit, im linken 5. I.-R. dauernd stark fühlbar, exspiratorisch noch verstärkt. — Außerdem fühlbare epigastrische Pulsation, die inspiratorisch stärker wird und exspiratorisch fast schwindet.

Bei den zuweilen recht starken und plötzlichen Anfällen mit heftigsten Palpitationen, verbunden mit starker Herzangst, konnte ich wiederholt und jedesmal *nur auf der Höhe des Anfalles außer dem linksseitigen starken Spitzenstoße gleichzeitig im rechten 5. I.-R. in der r. Mamillarlinie einen deutlichen, aber nicht verbreiterten und nur mäßig starken zweiten Spitzenstoß fühlen*, der sonst ganz fehlte.

8. Frl. Sch., Rentierstochter, 26 J. alt, behandelt seit 31. 3. 1908. — Eltern nervös. — Im 1. Lebensjahre Krampfanfälle. Später Ekzem und Bleichsucht. Seit längerer Zeit große Magenschwäche, Herzklopfen, Schlaflosigkeit, Appetitmangel und linksseitige Kopf- und Gesichtsschmerzen. Fühlte sich dauernd sehr elend und ganz leistungsunfähig. (Während der Menstruation stets vorübergehende Besserung des Zustandes.) Mutet sich gar nichts zu, ist nach jeder kleinen Anstrengung sofort erschöpft. Stets unzufrieden und weinerlich reizbar. Scheues, sehr schreckhaftes Wesen.



Befund: 1,55 m. 42,5 kg mit Kleidern. Asthenische Konstitution. Angulus infrasternalis = 40°. Die unteren, besonders die 4. und 6. Rippenpaare vorn stark dachziegelartig überlagert. Interkostaler Druckschmerz. Fahlblasse Gesichtsfarbe. Ungesundes, welkes, verlebtes Aussehen. Blutleere, trocken-spröde Haut. Acne vulgaris. Zyanotische Stauungshände. Choreiforme Zuckungen. Nervöse Dyspepsie. Rechts mäßige, links fehlende perimetrische Ermüdbarkeit. Sehr starker Patellar- und Achilles-Reflex. Reine Herztöne. Regelmäßiger, aber kleiner und weicher Puls mit labiler Frequenz, 78—108. Spitzenstoß = 6 cm breit und deutlich fühlbar.

Am 23. 4. 1914: 32 J. alt. Hat viel Sorgen und Aufregungen durchgemacht. Schwere hypochondrische Neurasthenie. Nachtschweiß. R. schwache, l. fehlende perimetrische Ermüdbarkeit. Reine Herztöne. Weicher, kleiner, regelmäßiger Puls, 72—84. Spitzenstoß 7,5 cm breit, im 3., 4. und 5. I.-R. mittelstark und hebend fühlbar.

Am 22. 9. 1915: Spitzenstoß 2 cm breit, nur im 4. I.-R. fühlbar.

Am 17. 6. 1919: Spitzenstoß 4 cm breit, im 4. I.-R. mittelstark fühlbar.

Am 20. 12. 1920: Magenbeschwerden und interkostale Druckschmerzen fehlen jetzt ganz. Fühlt sich gesund, leistungsfähig und besorgt seit 1915 vollständig die Hauswirtschaft. 43 kg mit Kleidern. Kräftiger, regelmäßiger Puls, 78. Reine Herztöne. Spitzenstoß 1,5 cm breit, im 4. I.-R. mäßig fühlbar.

9. W., 40jähr. Pfarrersfrau, behandelt seit 10. 4. 1907. — Mutter nervös, ein geisteskranker Bruder mit 28 J. †. — Seit 17 J. — nach starken Gemütserschütterungen — quälende hypochondr. Zwangsgedanken. Furcht vor Irrsinn. Oft Ohnmachtsanfälle, Weinkrämpfe und starkes Herzklopfen. Reizbar verstimmt, ruhelos, menschenscheu.

Befund: 1,62 m. 61,5 kg mit Kleidern. Asthenische Konstitution. Angeborene Trichterbrust (schmale, mäßig tiefe, spaltförmige Einsenkung des Brustbeins am unteren Drittel). Schwacher Patellarreflex. Reine Herztöne. II. Pulmonalton stärker akzentuiert. Perkutorisch ist keine wesentliche Verschiebung der Herzdämpfung nach links nachweisbar. Regelmäßiger, zeitweise weicher, kleiner, zeitweise kräftig gespannter Puls, 90—120. Der 6 cm breite Spitzenstoß ist im 4. und 5. I.-R. stark sichtbar und deutlich fühlbar. Er liegt zwischen der vorderen und hinteren linken Axillarlinie, 9—15 cm nach links von der linken Mamillarlinie.

Nach dem Bericht des Ehemannes vom 15. 6. 1908 wesentliche Besserung des Nervenleidens. — (*L. Krehl* 22: „Bei Anomalien des Brustkorbes kommen die sonderbarsten Dinge von Verlagerung des Spitzenstoßes vor, ohne daß am Herzen irgend etwas Krankhaftes zu finden wäre".) [1])

10. Bl., 16jähr. Gymnasiast (Landwirtssohn), behandelt seit 14. 3. 1919. Erblich stark belastet (Großmutter mütterlich Säuferin).

[1]) *Stone* (47) beobachtete einen Fall, in dem nach einem kalten Bade der vorher an normaler Stelle fühlbare Spitzenstoß plötzlich 16 cm von der Mittellinie nach links gefunden wurde, ohne daß unangenehme Sensationen mit dem Vorgange verbunden waren.



— Mit 20 J. Sturz auf Hinterkopf. Die hypertrophischen Gaumen- und Rachenmandeln 1917 operativ entfernt. 1918 Grippe. — Starker Zigarettenraucher. — Früher guter Schüler, jetzt erfolgloser Unterricht. Zerstreut. Häufiger Stimmungswechsel. Zuweilen Selbstmordgedanken. Will Künstler werden. Fühlt sich unverstanden und stets unglücklich. Dauernd schläfrig mit Kopfdruck.

Befund: 1,73 m. 60 kg mit Kleidern. Blasse Gesichtsfarbe. Kräftige Muskulatur. Feuchtkalte Stauungshände. Nervöse Dyspepsie. Die unteren Rippen (besonders 4.—6.) vorn stark überlagert von unten nach oben. Reine Herztöne. Regelmäßiger, etwas kleiner, weicher Puls, 66—108. Spitzenstoß 2 cm breit, schwach sichtbar, nicht fühlbar oder zeitweise nur schwach exspiratorisch fühlbar.

Am 22. 5. 1919: Spitzenstoß 2,5 cm breit, im 5. I.-R. mäßig fühlbar.

Am 28. 5. 1919: Spitzenstoß 3,5 cm breit, im 4. I.-R. mäßig fühlbar.

Am 8. 6. 1919: Röntgenaufnahme. Spitzenstoß 3 cm breit, zur Hälfte außerhalb des Herzschattens.

11. Frl. Sz., 25 J. alt, Buchhalterin, behandelt seit 18. 11. 1920 (Neurasthenie). R. Beinlähmung seit 2. Lebensjahr. — Klagt über linksseitige Kopfschmerzen, Herzklopfen und zeitweisen Lebensüberdruß.

Befund: 1,68 m. 58 kg mit Kleidern. Sehr blasse Gesichtsfarbe. Hoher, schmaler Gaumen. Nervöse Dyspepsie. Erschlaffte Muskulatur. R. Bein verkürzt mit Spitzfußstellung. Untere Rippen vorn stark überlagert. Costa X fluctuans. Patellar- und Achillessehnenreflex r. abgeschwächt. Mittelstarke perimetrische Ermüdbarkeit. Reine Herztöne. Mittelkräftiger, regelmäßiger Puls, 72—90. Spitzenstoß 10 cm breit, im 4. I.-R. stark pulsierend fühlbar.

Am 7. 12. 1920: Röntgenaufnahme. Spitzenstoß 7 cm breit (genau markiert durch schmalen Bleistreifen), z. T. außerhalb des Herzschattens.

12. Frl. Kr., 24 J. alt, einzige Tochter eines Lehrers, behandelt seit 2. 8. 1918 (Neurasthenie). Ein Bruder der Großmutter mütterlicherseits war Säufer. — Mit 14 J. Gelbsucht, später Blutarmut. — Klagt über Kopfschmerzen, Magenbeschwerden, Darmträgheit, über häufiges Frösteln mit Schweißausbruch und große Mattigkeit, besonders vormittags. Heiteres Gemüt, aber doch oft verstimmt und leicht erregt.

Befund: 1,67 m. 52,5 kg mit Kleidern. Schlank gebaut. Kräftige Muskeln. Untere Rippen vorn sehr stark dachziegelartig (von unten nach oben) überlagert. Kräftig entwickelte Brustwarzen. Stets feuchte, eiskalte Hände und Füße. Nervöse Dyspepsie. Sehr feinhörig. Mittelstarke perimetrische Ermüdbarkeit. Lebhafter Patellarreflex. — Reine Herztöne. Regelmäßiger, matter, weicher Puls, 96—120. Spitzenstoß fehlt.

Am 27. 5. 1919: Noch häufiges Frösteln, Schwitzen und Mattigkeit. Mäßig fahlblasse Gesichtsfarbe. Regelmäßiger, mittelkräftiger Puls, 96. Reine Herztöne. Spitzenstoß 2,5 cm breit, schwach exspiratorisch fühlbar.

Am 28. 5. 1919: Röntgenaufnahme. Spitzenstoß = 2,5 cm breit (markiert durch Bleistreifen), z. T. außerhalb des Herzschattens.



Die Beobachtungsfälle 1 und 2 lassen uns deutlich in den pulsatorischen Spasmen der Zwischenrippenmuskeln die eigentliche Grundlage des Spitzenstoßes erkennen.

In den Fällen 2—6 und 8 geht mit der Besserung oder Heilung des Nervenleidens eine Abnahme der Spitzenstoßbreite bzw. ein vollständiges Verschwinden des Spitzenstoßes parallel.

Bei dem Falle 6 besteht an der Stelle des Spitzenstoßes ein ausgesprochener interkostaler Druckschmerz, und im Falle 8 hört der interkostale Druckschmerz mit der Heilung des Nervenleidens und der Abnahme der Spitzenstoßbreite ganz auf. Im Falle 7 treten die pulsatorischen Interkostalspasmen in Form des Spitzenstoßes vorübergehend auf beiden Brustseiten zu gleicher Zeit auf.

Im Falle 9 (Trichterbrust) erscheint es ganz ausgeschlossen, daß die Lage des Spitzenstoßes mit der Lage der Herzspitze übereinstimmen könnte. In den Fällen 6 und 10—12 wurden Röntgenaufnahmen einzig zum Studium der bei Nervenkranken so häufig zu beobachtenden starken Rippenüberlagerung gemacht. Adenoide Wucherungen ließen sich nur einmal (im Falle 10) anamnestisch nachweisen. Ein schmaler hoher Gaumen fand sich im Falle 11. Am stärksten war die Rippenüberlagerung im Falle 12 palpatorisch und radiologisch nachweisbar.

Bei der Auswahl dieser Röntgenfälle war auf das Verhalten des Spitzenstoßes zunächst gar nicht geachtet worden, und nur nebenbei

Tabelle 2b.

Am Röntgenbilde: Höhe der Zwischenrippenräume in der Mamillarlinie. — Dachziegelartige Überlagerung der Rippen (von unten nach oben), besonders der 4.—6. Rippenpaare an der vorderen Brustwand. (Bei Palpation in aufrechter Körperstellung.)

Vier Nervenkranke.

Zwischen-rippen-Raum	Frau Su. (6)		Bl. (10)		Frl. Sz. (11)		Frl. Kr. (12)		Durch-schnitt		Gesamt-Durchschnitt Beiderseits
	l.	r.	l.	r.	l.	r.	l.	r.	l.	r.	
I.	3,3	—	3,5	—	2,5	2,5	3,5	3,5	3,2	3,0	3,1 cm
II.	3,0	2,0	2,5	2,2	3,0	2,5	3,0	3,0	2,8	2,4	2,6 „
III.	2,4	2,2	2,0	2,2	2,2	2,5	2,0	2,5	2,1	2,3	2,2 „
IV.	2,0	1,7	1,8	2,0	2,0	2,1	1,9	1,7	1,9	1,8	1,9 „
V.	1,5	1,5	1,7	1,9	2,0	1,8	1,1	1,5	1,5	1,6	1,6 „
VI.	1,4	1,6	1,6	1,8	1,5	1,6	1,0	1,2	1,3	1,5	1,4 „
VII.	1,1	1,5	1,5	1,6	1,3	1,1	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3 „
VIII.	1,0	1,0	—	1,5	0,9	—	1,0	—	0,9	1,2	1,0 „
IX.	0,9	1,7	—	—	—	—	—	—	0,9	0,7	0,8 „



markierte ich die Stelle des Spitzenstoßes durch schmale, auf die Haut festgeklebte Bleistreifen. Um so instruktiver wirkte deshalb die Feststellung der vorherrschenden und starken Inkongruenz des Spitzenstoßes mit der Lage der Herzspitze. In den 4 Fällen lag der Spitzenstoß nur einmal (Fall 10) in der Nähe der Herzspitze, ein Beweis, daß der Spitzenstoß unmöglich eine direkte Folge der Stoßbewegung der Herzspitze sein kann.

Die auffallende Breite der oberen Interkostalräume im Gegensatz zur abnormen Enge der unteren ist auf den — hier nicht wiedergegebenen — Röntgenbildern gut ersichtlich. Die von oben nach unten stark abnehmende Höhe der Zwischenrippenräume (in der Mamillarlinie) habe ich in einer Tabelle (2 b) zahlenmäßig zusammengestellt [1]).

---

[1]) Ein körperlich rüstiger, nervengesunder und tüchtiger Arbeiter im besten Mannesalter litt nach einer schweren Gehirnerschütterung an starkem Kopfdruck und Kopfschwindel und fühlte sich deshalb im Gegensatz zur Auffassung des Vertrauensarztes und anderer ärztlicher Sachverständiger, die ihn wegen des negativen Untersuchungsbefundes für einen Simulanten erklärten, arbeitsunfähig. — Der Kranke ließ noch lange Zeit bei jedem Bückversuche stärkste Kopfkongestionen erkennen und drohte im gleichzeitigen Schwindel sofort zu fallen. Körperlich war er sonst gesund. Der Spitzenstoß fehlte bei ihm zunächst vollständig. — Die schroffe Ablehnung seiner berechtigten Unfallansprüche, die erst nach mehrjährigem Prozeßverfahren, nachdem er längst wieder gesund war, anerkannt wurden, hatte ihn vorübergehend neurasthenisch gemacht. In diesem neurasthenischen Stadium stellte sich bei ihm ein andauernd stark fühlbarer Spitzenstoß ein, der später mit der Heilung des Nervenleidens wieder vollständig verschwand.

In einem anderen, bisher alleinstehenden Falle konnte ich bei einem älteren neurasthenischen Arbeiter einen schwachen Spitzenstoß beobachten, der unregelmäßig und nicht synchron mit der normalen Herztätigkeit war.

Nach *v. Dusch* (10) hat der zufühlende Finger bei der Palpation des Herzspitzenstoßes die Empfindung, „als ob ein rundlicher, ziemlich resistenter Körper gegen die innere Fläche der Brustwand angestoßen oder angedrückt würde". — In linker Seitenlage ist der Spitzenstoß häufig sehr verstärkt und dann gelegentlich sehr gut fühlbar. Beim Abtasten habe ich aber niemals einen derben, körperlichen Organteil, der Herzspitze etwa ähnlich, wahrnehmen können. Man fühlt dann in dem betreffenden Zwischenrippenraume meist nur eine flachrundliche Vorwölbung von straffer, segelartiger Spannung, die sich kurz wellenartig bewegt. — Die Plötzlichkeit der Erscheinung, ihre oberflächliche Lage, das Fehlen jeglicher Mitbewegung der angrenzenden Rippen und die meist auch dem kräftigen Fingerdrucke widerstehende segelartig gespannte Vorwölbung sprechen viel eher für eine spastische



VI. Wie beantwortet das Schrifttum die Spitzenstoßfrage. insbesondere in diagnostischer Hinsicht?

Auf das recht umfangreiche Schrifttum über die Lehre des Herzspitzenstoßes ließe sich der *Skoda*sche Ausspruch (1854) über Auskultation und Perkussion anwenden: „Ich gestehe, daß ich den bedauere, der Alles gelesen hat, was darüber bereits geschrieben worden ist". Die historische Darstellung der Spitzenstoßtheorien und der Spitzenstoßlehre ist nach *Martius* (1894) ein Labyrinth widersprechender Meinungen, eine Geschichte der Irrungen.

1726 erprobte *Albertini* zuerst die Palpation des Spitzenstoßes als geeignetes Mittel zur Erkenntnis der Herzkrankheiten und versuchte aus der Kraft und Größe des Spitzenstoßes Rückschlüsse auf die Herzkraft zu ziehen. Schon 1749 konnte *Senak* eine Klinik des Spitzenstoßes schreiben [1]). Man legte dem Spitzenstoß eine sehr hohe Bedeutung bei, was sich schon äußerlich darin verrät, daß man die Abstammung des Wortes Thorax von ihm abzuleiten versuchte (θρώσκω, θορίσκω = hüpfen, springen. *S. Hyrtl*). *C. Gerhardt* schrieb 1866: „Der Spitzenstoß ist in seiner Erscheinung ein so einfaches, in seiner Begründung wahrlich ein nicht gerade durchsichtiges Phänomen. — Ein so einfacher Vorgang muß aber schließlich auch eine einfache Erklärung finden".

Nach 150 Jahren schien das uralte klinische Rätsel endlich gelöst zu sein. — Keine der alten Spitzenstoßtheorien war allen Erscheinungen gerecht geworden. Erst die *Ludwig*sche Umformungstheorie fand als die zutreffendste Erklärung des Spitzenstoßes allgemeine Anerkennung und zwar in der *Martius*schen Auffassung (1894): „Der fühlbare Spitzenstoß verdankt im wesentlichen der Umformungsenergie der Ventrikel in der Verschlußzeit der Systole seine Entstehung". Damit schien die Spitzenstoßfrage endgültig erledigt zu sein, und *Krehl* äußerte (1913): „Über die Entstehungsweise des Spitzenstoßes brauchen, soviel wir sehen, Zweifel jetzt nicht mehr zu bestehen. — Wie erwiesen, drängt sich beim Spitzenstoß des gesunden Menschen tatsächlich die Herzspitze oder ein ihr nahegelegener Punkt in den Interkostalraum ein". — „Die

Kontraktion als für eine nur passive Vorbuchtung der Zwischenrippenmuskulatur, die einem kräftigen Fingerdrucke sicher weichen würde.

Warum sollte die rein mechanische Einwirkung der Herzspitze auf die vordere Brustwand bei normaler, kräftiger Herztätigkeit und bei anderen für das Zustandekommen des Spitzenstoßes anscheinend günstigen Umständen so häufig ganz fehlen und in zahlreichen anderen Fällen gerade bei geschwächter Herzaktion, bei engen Zwischenrippenräumen und bei der von mir beschriebenen Rippenüberlagerung in stärkstem Maße zum Ausdruck kommen können, wenn die alte, rein mechanische Spitzenstoßtheorie richtig wäre?

[1]) „Bis in die zweite Hälfte des 17. Jahrhunderts herrschte fast unumschränkt die angebliche Lehre des *Hippokrates*, daß das Herz nicht erkranken könne. Erst die Entdeckung *Harvey*s (1628) schuf den Boden für eine Herzpathologie." (S. *Romberg*, *E.*, Lehrb. 1906.)



systolische Umformung des Herzens preßt die Herzspitze an die Brustwand und wird zur Ursache des Spitzenstoßes“ (*Müller*, *Alb.* 1912).

Dieses endliche Gefühl der Sicherheit nach so mannigfachem Wandel der Anschauungen beseitigte aber doch nicht alle die so zahlreichen Widersprüche, Bedenken und Zweifel, die immer wieder hartnäckig darauf hinwiesen, daß wir in Wirklichkeit eine sichere Erkenntnis und einen klaren Einblick zur völligen Lösung des Spitzenstoßproblems nach wie vor nicht besitzen. Beweisen läßt sich das vielleicht am besten durch eine kurze Gegenüberstellung einiger wichtiger, anscheinend gesicherter Leitsätze und einiger Widersprüche und Zweifel an ihrer Richtigkeit, die sich vor allem auf die diagnostische Verwertbarkeit des Spitzenstoßes beziehen, aus der Fülle des Schrifttums älterer und neuerer Zeit:

A. 1. *Martius* 1894: Am Krankenbett ist auf die Lage und Stärke des Spitzenstoßes zu achten. Die klinische Lehre des pathologischen Spitzenstoßes läßt sich jetzt in wenige, wohl allgemein anerkannte Sätze zusammenfassen. Die Abminderung des Spitzenstoßes galt früher allgemein als ein Zeichen von Schwäche, die Verstärkung als ein Zeichen erhöhter Kraftleistung des Herzmuskels. Diese Anschauung blieb bis heute die herrschende.

Nach *Leyden* (1886) erlaubt der Spitzenstoß einen ziemlich sicheren Schluß auf die Herzkraft. Die Palpation sei in dieser Beziehung bei genügender Übung ganz sicher.

Skoda 1854: Macht sich der Spitzenstoß in mehreren Interkostalräumen oder in einem Interkostalraume auf mehr als 4 cm in demselben Momente fühlbar, so ist das Herz vergrößert.

Bamberger, *H.* 1857: Bedeutende Grade der Verstärkung des Spitzenstoßes kommen fast ausschließlich bei Herzhypertrophie vor.

Krehl 1913: Durch die Untersuchung des Spitzenstoßes erhalten wir genauen Aufschluß über die Art der Herzaktion. Der Spitzenstoß vermag uns in zahlreichen Fällen ein direktes Urteil über die Stärke der Zusammenziehungen des Herzens, namentlich des l. Ventrikels zu verschaffen. Die Resistenz des Spitzenstoßes ist ein direktes und sicheres Zeichen für die Stärke der Herzaktion ein und desselben Menschen zu verschiedenen Zeiten, falls Lage und Größe des linken Ventrikels unverändert geblieben sind. Am nichterweiterten Herzen spricht ein stärker resistenter Spitzenstoß mit großer Wahrscheinlichkeit für eine verstärkte Herzaktion.

2. *Martius* 1894: Die semiotische Bedeutung der Lage des Spitzenstoßes steht fest. Die Angabe des Spitzenstoßes soll uns über die wirkliche Lage der Herzspitze unterrichten. Bei Lage- oder Größenveränderung des Herzens finden wir den Spitzenstoß erheblich verschoben.

Bamberger, *H.* 1857: Die Stelle des Spitzenstoßes entspricht immer genau der Lagerung der Herzspitze.

Romberg, *E.* 1906: Der Ort des Spitzenstoßes bildet in den meisten Fällen die l. Grenze des Herzens; er belehrt über die Lage der Herzspitze.

Sahli 1909: Ein deutlicher Spitzenstoß bestimmt die Lage der l. Herzgrenze. — Der Spitzenstoß kann durch Vergrößerungen des Herzens oder durch Verschiebungen desselben pathologisch verlagert werden. — Einfache Hypertrophie des Herzmuskels ohne Dilatation bedingt meist



keine merkliche Verschiebung des Spitzenstoßes, da die Umfangszunahme des Herzens dabei zu wenig bedeutend ist. Nur die erheblichsten Grade von Atrophie des Herzens verraten sich durch Verlagerungen des Spitzenstoßes nach innen.

Krehl 1913: Wir benützen die Dislokation des Spitzenstoßes zur Erkennung einer Herzverlagerung. Aus einer Dislokation des Spitzenstoßes schließen wir bei normaler Lage des Herzens auf eine veränderte Größe des Herzens, namentlich des l. Ventrikels.

B. 1. *Martius* 1894: Bei den alten Ärzten spielte die Beobachtung des Spitzenstoßes eine große Rolle. Das Interesse an dem Spitzenstoßproblem ist jetzt unter den Ärzten im allgemeinen gering, da zu praktisch-diagnostischen Zwecken mit der Beobachtung und Untersuchung des Spitzenstoßes anscheinend nicht viel anzufangen ist. — Weil die *Leyden*sche Regel (1886) nicht so allgemein gültig ist, verlor die klinische Untersuchung des Spitzenstoßes gegen früher an Bedeutung Die tägliche Erfahrung lehrt ja, daß bei recht erheblicher, mindestens normaler Herzkraft der Stoß schwach, ja ganz unfühlbar sein kann, und daß umgekehrt Herzen, deren Kraft so weit gesunken ist, daß sie kaum den Kreislauf aufrechterhalten, einen starken Spitzenstoß haben können. Der Gegensatz zwischen Pulsschwäche und Stärke des Spitzenstoßes kommt häufig vor und widerspricht der gewöhnlichen Auffassung, die in der Stärke des Spitzenstoßes ein Maß der Herzarbeit sieht. Erneute kritische Untersuchungen sind notwendig.

Skoda 1854: Der schwache oder ganz fehlende Spitzenstoß hat für sich keine bestimmte diagnostische Bedeutung.

Bamberger, H. 1857: So wie ohne wesentliche Veränderung des Herzens der Spitzenstoß bedeutend verstärkt erscheinen kann, so ist selbst bedeutende Hypertrophie nicht notwendig mit verstärkter Pulsation verbunden, ja es kann dieselbe sogar schwächer als gewöhnlich sein oder gänzlich fehlen. Ja es ist selbst gar nicht selten die äußerlich fühlbare Herztätigkeit andauernd verstärkt, während doch die Untersuchung des Pulses und der Zustand des Kreislaufes eine Herzschwäche beweisen.

Gulecke 1892: Unter physiologischen Bedingungen nimmt die Stärke des Spitzenstoßes keineswegs mit der Energie der Herzarbeit zu und ab.

Sahli 1909: Schon unter physiologischen Verhältnissen wechselt die Stärke des Spitzenstoßes sehr, ohne daß daraus bestimmte Schlüsse gezogen werden dürfen. Bei Dilatation des Herzens kann der Spitzenstoß gerade zur Zeit der exquisitesten Zeichen einer verminderten Herzkraft verstärkt sein. Trotz sinkender Herzkraft kann der Spitzenstoß noch lange Zeit stark bleiben, ja sogar durch Herzschwäche verstärkt werden. Die Abnahme der Spannung des Radialpulses und das Auftreten von Stauungserscheinungen ist ein weit sichereres Kriterium für den Stand der Herzkraft als ein schwacher Spitzenstoß. Aus einem abnorm kräftigen Spitzenstoß kann keineswegs immer, wie es häufig geschieht, eine Hypertrophie des Herzens erschlossen werden.

Müller, Alb. 1912: Die Fühlbarkeit des Spitzenstoßes läßt keine Beziehung zur Herzkraft erkennen. Schlüsse aus der Größe des Spitzenstoßes auf die Herzkraft sind unzuverlässig. — Trotzdem kann es keinem



Zweifel begegnen, daß auch direkte Beziehungen zwischen Herzkraft und Spitzenstoß bestehen müssen (!).

Krehl 1913: Bei dem erweiterten Herzen kommt ein auffallend resistenter Spitzenstoß auch bei schwacher Herzaktion vor. — Nur schwierig läßt sich eine abnorme Abschwächung der Herzaktion durch die Beobachtung des Spitzenstoßes erkennen. — Einen hohen Spitzenstoß finden wir in erster Linie bei Dilatationen des linken Ventrikels. Der hohe Spitzenstoß kann sogar sehr wohl bei Herzschwäche vorkommen, er kann dann sogar auffallend resistent sein. Auch gesunde Menschen zeigen einen auffallend hohen Spitzenstoß.

Vierordt, *H.* 1915: Der fühlbare Spitzenstoß gibt überhaupt keinen unmittelbar zu verwertenden Maßstab für die wahre Kraftleistung des Herzens ab.

2. a) *Gulecke* 1892: Die diagnostische Verwertung des Spitzenstoßes leidet an dem Übelstande, daß sein Verhalten bei Menschen mit gesunden Herzen nur ungenügend ermittelt ist.

Nach *Hilberts* Anschauung (1893) gibt es keine einheitliche Erklärung für alle unter normalen und pathologischen Verhältnissen auftretenden Erscheinungen des Herzspitzenstoßes. Es gibt demnach keine einheitliche Theorie des Spitzenstoßes.

Braun 1898: Jeder, der im Verlaufe von Jahren Herzspitzenstöße in großer Zahl untersucht hat, ist wohl immer wieder auf Erscheinungen gestoßen, die in den Rahmen keiner einzigen der anerkannten Spitzenstoßtheorien passen wollen.

Müller, *Alb.* 1912: Die Verwirrung, die über Form und Bedeutung des Spitzenstoßes und der anderen Bewegungserscheinungen am Herzen herrscht, und die in Klinik und Theorie noch immer nicht völlig überwunden zu sein scheint, beruht zum großen Teil darauf, daß versucht wurde, verschiedene Bewegungserscheinungen auf ein Schema zurückzuführen.

2. b) *Bamberger*, *H.* 1857: Zwar will man sich in jüngster Zeit durch Leichenöffnungen überzeugt haben, daß an jener Stelle, wo man im Leben den Spitzenstoß fühlte, nicht die Herzspitze gelagert war, allein es läßt sich mit Sicherheit behaupten, daß diese Ansicht unrichtig sei (!).

Gerhard, *C.* 1866: Der Spitzenstoß wechselt auch bei völlig Gesunden seine Lage.

Krehl 1913: Es ist durchaus falsch, bei der Verwertung der Lage des Spitzenstoßes rein schematisch vorzugehen, und wir möchten dringend davor warnen, aus geringen Abnormitäten seiner Lage allein bindende Schlüsse zu ziehen. Ab und zu sieht man den Spitzenstoß auch bei gesunden Männern mittleren Lebensalters in oder sogar dicht außerhalb der Mamillarlinie. Bei Verkleinerungen des linken Ventrikels rückt der Spitzenstoß nur sehr selten deutlich nach rechts.

Weber, *A.* 1916: Die Palpation des Spitzenstoßes ist ganz unzuverlässig für die Herzgrößenbestimmung.

2. c) *Becher*, *E.* 1917: Auf die Inkongruenz zwischen Herzgrenze und Spitzenstoß hat außer anderen Autoren (*Karfunkel* 1901, *A. Weber* 1916) besonders *Moritz* (1902) hingewiesen. *Moritz* betont, daß man nicht




ohne weiteres auf eine Herzdilatation schließen könne, wenn man nach stärkerem Laufen den Spitzenstoß weiter nach außen fühlt als in der Ruhe. — Dasselbe gilt auch von der erregten Herztätigkeit der Basedowkranken und im Malariaanfall. Im Malariaanfall kann man sich von der Unzuverlässigkeit, aus der Lage des Spitzenstoßes mit Sicherheit auf die Herzgröße zu schließen, durch das Orthodiagramm überzeugen. Trotz Verbreiterung des Spitzenstoßes war perkutorisch eine Herzdilatation nicht festzustellen. Der Spitzenstoß war noch ein beträchtliches Stück nach links von der Herzsilhouette des Orthodiagramms fühlbar. Man kann nicht mit Sicherheit aus der Lage des Spitzenstoßes auf die Herzgröße schließen. — Der Herzspitzenstoß liegt nach *Moritz* (1902) und *Dietlen* (1906) wesentlich höher als die Spitze der Herzsilhouette. Er liegt meist innerhalb der l. radiographischen Herzgrenze, gibt demnach nicht genau die l. Herzgrenze an.

Sahli 1909: Der Spitzenstoß fällt fast nie mit der Stelle der orthodiagraphischen Silhouette der Herzspitze zusammen, er steht vielmehr meist um etwa einen Interkostalraum höher und gleichzeitig mehr nach innen.

3. Kardiographie. *v. Frey, M.* 1893: *Hochhaus* hat die interessante Beobachtung gemacht, daß die verschiedenartigsten Herzfehler, einfache und kombinierte, mit ganz normalen Formen des Kardiogramms einherzugehen pflegen, solange der Fehler kompensiert ist. — Man wird den Glauben an eine typische Form des normalen Kardiogramms aufgeben müssen. Bei anscheinend normaler Form des Kardiogramms können starke Störungen der Herztätigkeit vorhanden sein. — Man sieht, wie schwierig und entfernt von einer Lösung das Problem des Spitzenstoßes noch ist.

Romberg 1906: Nach der streng sachlichen Kritik durch *v. Frey* denken wir wieder recht skeptisch über die klinische Brauchbarkeit der Kardiographie. Es gibt keine typische Form des Kardiogramms.

Müller, Alb. 1912: Schlüsse, die beim Spitzenstoß aus der Form des Kardiogramms gezogen werden, sind höchst unsicher. Die Spitzenstoßkurven von *Heß* und *Frank* (am Hunde) weichen so von dem gewohnten Bilde des normalen Spitzenstoßes ab, daß man sich fragen muß ob man denn nicht unsere Anschauung von Grund auf ändern und alles' Bekannte als Kunstprodukt ansehen müsse?

Krehl 1913: Man erhält an gesunden Menschen nicht einheitliche Kurven von normaler typischer Form. Die Spitzenstoßkurven zeigen zahlreiche Verschiedenheiten. Es haben sich keine brauchbaren Resultate ergeben, wenn man die kardiographischen Kurven dazu verwendet, um aus ihrer Form Schlüsse auf Störungen der Herzaktion zu ziehen.

Das Schrifttum spricht, wie wir sehen, dem Spitzenstoß jede herzdiagnostische Verwertbarkeit vollständig ab.

Der Spitzenstoß gibt keinen Maßstab für die Kraftleistung des Herzens ab (*Vierordt*), er wechselt auch bei Gesunden seine Lage (*Gerhardt*), er fällt fast nie mit der orthodiagraphischen Herzspitze zusammen (*Sahli*) und ist für die Herzgrößenbestimmung ganz unzuverlässig (*Weber*).



Diese Sätze bestätigen die Annahme von *Martius* (1894), daß mit dem Spitzenstoß diagnostisch nicht viel anzufangen sei.

Mit dieser völligen Ablehnung des Spitzenstoßes in diagnostischer Hinsicht, an der sich wohl nichts mehr ändern läßt, hat auch die *Ludwig-Martius*sche Spitzenstoßtheorie ebenso wie jede andere rein mechanische Theorie des Herzspitzenstoßes folgerichtig ihren letzten festen Halt verloren. An ihre Stelle tritt nun die neurogene Spitzenstoßtheorie, die den Spitzenstoß als ein neurasthenisches Symptom im weitesten Sinne auffaßt, die eine herzdiagnostische Bedeutung bei ihm ganz ausschließt, und die alle klinischen Beobachtungstatsachen, soweit sie den Spitzenstoß betreffen, in einfachster Weise zu erklären vermag.

Wie ein nervöser, hemmungloser und übersensibler Mensch im Gegensatz zu einem nervenrüstigen, gesunden Menschen bei dem kleinsten Geräusch jedesmal unwillkürlich zusammenschreckt, wie eine fein empfindliche Präzisionswage im Gegensatz zu einer gewöhnlichen Gebrauchswage durch die leiseste Erschütterung in der näheren oder weiteren Umgebung aus ihrer ruhigen Gleichgewichtslage in schwingende Mitbewegungen gerät, ohne daß sich hieraus allein bestimmte Schlüsse auf den Ort, die Entfernung und die Stärke der Reizquelle herleiten lassen, so verhalten sich wohl ähnlich auch die übererregbaren Interkostalmuskeln der Herzaktion gegenüber, und daher fehlt wahrscheinlich regelmäßig der Spitzenstoß bei völlig gesunden Menschen mit normaler Herztätigkeit und mit normaler Erregbarkeit der Zwischenrippenmuskeln.

„Bei Säuglingen ist der Spitzenstoß normalerweise nicht sichtbar, nur schwach fühlbar (*Thiemich*), im kräftigen Mannesalter macht sich der Spitzenstoß am wenigsten bemerkbar (*Gulecke*), und das Fehlen des Spitzenstoßes bei einem sonst gesunden Menschen stellt das normale oder besser das physiologische Optimum dar (*Martius*)".

Seit *Traube* wurden die Worte — Herzstoß und Spitzenstoß — synonym gebraucht (*Krehl*). *Martius* und *Sahli* befürworten eine scharfe Trennung dieser beiden Bezeichnungen, meines Erachtens mit Recht, da es sich um zwei wesentlich, nicht nur graduell verschiedene Symptome handelt. Der Spitzenstoß ist ein neurasthenisches, der Herzstoß ein herzpathologisches Zeichen. Der pulsatorische Interkostalspasmus verläuft ohne jede Miterschütterung der angrenzenden Rippen (bei häufig zu beobachtender interkostaler Druckempfindlichkeit), der Herzstoß erschüttert gleichzeitig die knöchernen Teile der Brustwand und ist rein mechanisch bedingt als eine direkte Folge der pathologisch gesteigerten oder gestörten Herzaktion.

Am besten läßt man den Spitzenstoß als herzdiagnostisches Symptom ganz fallen wegen seiner in jeder Hinsicht erwiesenen und nach der neurogenen Theorie auch leicht verständlichen Unzuverlässigkeit. —

Bei meinen statistischen Angaben wird eine Lücke aufgefallen sein. Der Gedanke lag doch sehr nahe, die Häufigkeit und das Verhalten des Spitzenstoßes bei den verschiedenen Kreislaufzuständen zu prüfen. Nach der rein mechanischen Spitzenstoßtheorie ließen sich gerade da gewisse regelmäßig wiederkehrende Beziehungen erwarten, so etwa zwischen den wechselnden Stärkegraden des Pulses und des Spitzenstoßes. Ich habe diese Versuche in ausreichender Weise gemacht, aber stets mit negativem Erfolge, im Gegensatz zu meinen sonstigen statistischen Resultaten. Die durchaus regellosen statistischen Ergebnisse zwischen Puls und Spitzenstoß beweisen ebenfalls die völlige Unhaltbarkeit der rein mechanischen Spitzenstoßtheorie.

VII. Schlußbemerkungen. — Drei Jahrhunderte hindurch hat der Spitzenstoß als ein angeblich bedeutsames diagnostisches Symptom seine Stellung in der Herzpathologie behauptet. Den Höhepunkt erreichte seine praktisch-diagnostische Verwertung unter *Leyden* (1886). Dann aber setzte eine zunehmende Skepsis und eine immer schärfer werdende Kritik gegen den diagnostischen Wert des Spitzenstoßes ein, dessen Zuverlässigkeit durch die klinischen Tatsachen zu oft widerlegt wurde. Die althergebrachten diagnostischen Dogmen erfuhren dadurch zwar allerlei Einschränkungen, aber die hieraus sich entwickelnden, oft recht unklaren, dehnbaren und widerspruchvollen Lehrmeinungen beseitigten noch keineswegs die Gefahr vieler Fehldiagnosen.

Wie viele Kranke mit an sich vielleicht harmlosen nervösen Herzbeschwerden wird der Spitzenstoß wohl schon zu schweren Herzkranken gestempelt und damit oft in ganz unzweckmäßige Behandlungsbahnen gestürzt haben! Der nervöse Hypochonder ertrug dieses Mißgeschick vielleicht noch mit einer gewissen Befriedigung, wenn ihm unter Hinweis auf den Spitzenstoß, also wissenschaftlich in aller Form, seine längst geahnte Herzerweiterung bestätigt wurde, an der er nicht litt.

Durch das Schrifttum der letzten Jahrzehnte geht ein wachsendes Unbehagen bis an die Grenze des Unwillens über das völlige und ganz unerklärliche diagnostische Versagen des Spitzenstoßes. „*Quousque tandem abutere patientia nostra!*“



Aber so leicht ist es nicht, dem Spitzenstoß beizukommen. Wie jedes echte Schmerzenskind ist er zu fest ans Herz gewachsen. Manchem wird daher der ernstliche Ansturm gegen die diagnostische Machtstellung des Spitzenstoßes fast pietätlos — der alten Erfahrungswissenschaft gegenüber — erscheinen wollen.

Das ärztliche Denken war auf die alten Spitzenstoßtheorien so fest eingeschult, daß der Spitzenstoß als Symptom für sich allein, losgetrennt von der Herztätigkeit, bisher niemals untersucht wurde. Zur Analyse des alleinstehenden Symptoms reichten wohl auch unsere früheren Kenntnisse nicht aus auf dem Gebiete der unwillkürlichen Muskelspasmen und der mechanischen Muskelerregbarkeit, die auch heute noch recht unvollständig sind.

Jahrelang hatte ich mich schon auf den altbegangenen Wegen mit der Spitzenstoßfrage beschäftigt, aber immer ergebnislos, bis eine Krankenbeobachtung im Jahre 1914 mir einen neuen Forschungsweg erschloß, den ich dann systematisch weiter verfolgte, und der schließlich zur Aufstellung der neurogenen Spitzenstoßtheorie führte.

Eine Kranke litt am ersten Zwischenknochenmuskel der rechten Hand an fibrillären, unwillkürlichen Muskelzuckungen, die bei schlaffer Fingerhaltung ununterbrochen in regelmäßigem Rythmus andauerten, ähnlich sicht- und fühlbar wie der Spitzenstoß, und die nur bei straffer Fingerhaltung aufhörten, analog dem Verhalten mancher Tik- und Tremorformen und analog dem häufigen Verschwinden des Spitzenstoßes während der Inspiration und seiner Verstärkung während der Exspiration.

Nach *v. Cyon* (6) „hat jede Lehre, jede Zusammenfassung von Tatsachen nur einen zeitlichen, vorübergehenden Wert. Jede gute neue Lehre ist ein Ansporn zur Auffindung neuer Tatsachen, die der alten Lehre oft wieder Abbruch tun. Eine gute Idee ist oft kurzlebiger als eine verfehlte, die in sich nicht den Keim des Fortschritts trägt".

Beurteilt man von diesem Standpunkt die jetzt noch allgemein anerkannte, von *Arnold* 1837 zuerst vertretene, später von *C. Ludwig* weiterbegründete Spitzenstoßtheorie, so läßt sich auch seit ihrem letzten Ausbau durch *Martius* (1894) eine gewisse unfruchtbare Erstarrung dieser langlebigen Lehre nicht verkennen. Die ganze Spitzenstoßfrage wurde durch sie auf ein totes Gleis geführt. Das zähe Festhalten an dieser Theorie trotz den vielfachen ihr durchaus widersprechenden klinischen Beobachtungstatsachen läßt sich vielleicht nur als ein Zeichen der Resignation — in Ermangelung einer besseren Theorie — erklären.

Wenn *Krehl* (1913) unter Hinweis auf die *Ludwig-Martius*sche Theorie bemerkt: „Über die Entstehungsweise des Spitzenstoßes



brauchen, soviel wir sehen, Zweifel jetzt nicht mehr zu bestehen. Wie erwiesen, drängt sich beim Spitzenstoß des gesunden Menschen tatsächlich die Herzspitze in den Interkostalraum ein", so dürfte diese Anschauung nach den unzweideutigen Angaben des Schrifttums und nach meinen damit übereinstimmenden Untersuchungen jetzt wohl als vollständig widerlegt gelten.

Wäre die *Ludwig*sche Spitzenstoßtheorie auch nur annähernd zutreffend gewesen, so würde sich der Spitzenstoß als herzdiagnostisches Symptom sicher dauernd bewährt, jedenfalls würde er niemals so gänzlich versagt haben.

Nach *C. Gerhardt* (1866) ist „der Spitzenstoß in seiner Erscheinung ein so einfaches, in seiner Begründung wahrlich ein nicht gerade durchsichtiges Phänomen. Ein so einfacher Vorgang muß aber schließlich auch eine einfache Erklärung finden".

Meine neurogene Spitzenstoßtheorie und deren nähere Begründung ist ein Versuch, diesem Ziele möglichst nahezukommen.

Schrifttum.

(Nur soweit es nach dem Original oder Referat für meine vorliegende Arbeit berücksichtigt wurde.)

1. *Aubert*, *P.* De l'hyperidrose axillaire des personnes nues. Annal. de dermatolog. et de syphiligr. Paris 1882. II. Sér., Tom. III, Nr. 12, S. 685.

2. *Bamberger*, *H.* Lehrbuch der Krankheiten des Herzens. 1857.

3. *Becher*, *E.* Über den Wert der Herzgrößenbestimmung nach der Lage des Spitzenstoßes. Zbl. f. inn. M. 1917, 38. Jg.

4. *Braun*, *Ludw.* Über den Mechanismus der Herzbewegung und des Herzstoßes. W. kl. W. 1898, 11. Jg. S. 93—102.

5. *Braun*, *Ludw.* Über Herzbewegung und Herzstoß. 1898.

6. *v. Cyon*, *E.* Die Nerven des Herzens. 1907.

7. *Darier*, J. Hyperidrosis nudorum. Grundriß der Dermatologie. 1913. S. 319.

8. *Dayton.* Hughes, The localisation of the cardiac apex beat. Am. J. of the med. Sc. 1909.

9. *Dietlen*, *H.* Größe und Lage des normalen Herzens. D. A. f. kl. M. 1906.

10. *v. Dusch.* Lehrbuch der Herzkrankheiten. 1868.

11. *Fränkel*, *B.* Adenoide Vegetationen. Real-Enzykl. d. Heilkd. 1907. 4. Aufl. I. Bd.

12. *v. Frey*, *M.* Einige Bemerkungen über den Spitzenstoß. M. m. W. 1893.

13. *Geber*, *E.* Funktionelle Störungen der Schweißdrüsen (Hyperidrosis axillaris nudorum). Hb. d. spez. Path. u. Ther. v. Ziemßen. 1884. 14. Bd. II, S. 291.



14. *Gerhardt*, *C.* Lehrbuch d. Auskultation u. Perkussion. 1866. S. 45. 5. Aufl. 1890.

15. *Gulecke*, *Heinr.* Über die Häufigkeit eines Herzspitzenstoßes beim Menschen. 1892. Diss. Dorpat.

16. *Hilbert*, *Paul.* Über die Ursachen des normalen und des krankhaft veränderten Herzspitzenstoßes. Z. f. kl. M. 1893.

17. *Hirschlaff*, *W.* Über das Vorkommen und die Bedeutung eigenartiger Figuren erweiterter Hautvenen am unteren Teil des Thorax. D. m. W. 1894. S. 243.

18. *Hyrtl*, *Jos.* Lehrbuch der Anatomie des Menschen. 1882. 16. Aufl. S. 347.

19. *v. Jankowski*, *Franz.* Kardiographische Untersuchungen. 1895. Diss. Königsberg.

20. *Karfunkel.* Bestimmungen d. wahren Lage u. Größe d. Herzens u. d. großen Gefäße durch Röntgenstrahlen. Z. f. kl. M. 1901, Bd. 43.

21. *Krause*, *W.* Handbuch der Anatomie des Menschen. 1905.

22. *Krehl*, *Ludw.* Erkrankungen des Herzmuskels. 1913. 2. Aufl.

23. *Leyden*, *E.* Die Herzkrankheiten infolge von Überanstrengung. Z. f. kl. M. 1886. XI. Bd.

24. *Liek*, *E.* Über Pseudoappendicitis, insbesondere über das Krankheitsbild des nervösen Darmspasmus. Mitteil. a. d. Grenzgebiet d. Med. u. Chir. 1920. Bd. 32. Hft. 2.

25. *Martius*, *F.* Der Herzstoß des gesunden und kranken Menschen. 1894. Samml. kl. Vortr. v. R. v. Volkmann. N. F. Nr. 113 (Inn. Med. VI. Nr. 34).

26. *Martius*, *F.* Kardiogramm und Herzstoßproblem. D. m. W. 1893.

27. *Martius*, *F.* Die Insuffizienz des Herzmuskels. 1899. Verhdl. des 17. Kongr. f. inn. Med. (Karlsbad).

28. *Moritz*, *F.* Über die Bestimmung der sogen. wahren Herzgröße mittels Röntgenstrahlen. Z. f. kl. M. 1906. — M. m. W. 1902.

29. *Moritz*, *F.* Methoden der Herzuntersuchung. 1906. D. Klin. XX. Jahrhd.

30. *Müller*, *Albert.* Der Spitzenstoß und die Bewegungserscheinungen am Herzen. Handb. d. Herz- u. Gefäßerkrankg. v. N. v. Jagic. 1912. III. Bd. S. 118.

31. *Neumann*, *A.* Über dilatative Herzschwäche im Kindesalter. 1900. Jb. f. Kinderhlkde.

32. *Niemeyer*, *Paul.* Handbuch der Perkussion und Auskultation. 1870.

33. *Pincus.* Mracek, Hb. der Hautkrankheiten. 1902. I. Bd. S. 306.

34. *Romberg*, *E.* Lb. der Krankheiten des Herzens und der Blutgefäße. 1906.

35. *Romberg*, *E.* Die Lehre von den Herzneurosen. 3. J.-Vers. d. Ges. D. Nervenärzte. S. 171.

36. *Rosenstein*, *S.* Ziemßens Handbuch. 1879.



37. *Sahli, H.* Über das Vorkommen und die diagnostische Bedeutung einer Zone ektasierter Hautgefäße in der Nähe der unteren Lungengrenze. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte. 1885. Nr. 6.

38. *Sahli, H.* Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. 1909. V. Aufl.

39. *Sauerbruch, Ferd.* Die Chirurgie der Brustorgane. 1920. II. Aufl.

40. *Siegmund, P. R.* Die mechanische und die neurogene Herzstoßtheorie. 1915. Zbl. f. Herz- u. Gefäßkrankh. VII. Jg. Hft. 23.

41. *Siegmund, P. R.* Zur Statistik des Herzspitzenstoßes. 1917. Ibid. IX. Jg. Ht. 24.

42. *Skoda, Jos.* Abhandlung über Perkussion und Auskultation. 1854. V. Aufl. Vorrede zur 2. Aufl.

43. *Schmidt, A.* Über die Grundlagen der Martiusschen Herzspitzenstoßtheorie. D. m. W. 1894.

44. *Schmidt, Th.* Über einen Gefäßkranz am unteren Rippenrande. (Mit Abbild.) Mitteil. a. d. dermatol. Klinik d. Kgl. Charité. 1887. Heft 1, 2.

45. *Schweninger.* Vorläufige Mitteilung über bisher unberücksichtigte Gefäßektasien am unteren Rippenrande in ihrer Bedeutung für Diagnose u. Therapie gewisser Leiden. Charité-Annalen. 1886. S. 664.

46. *Stiller, B.* Grundzüge der Asthenie. 1916.

47. *Stone, A. K.* Cardiac displacement. Boston. med. a. surg. Journ. 1904.

48. *Thiemich.* Lehrbuch der Kinderheilkunde von Feer. 1914. 3. Aufl.

49. *Török, Ludw.* Krankheiten der Schweißdrüsen. Mraceks Handbuch der Hautkrankh. 1902. I. Bd. S. 391.

50. *Vierordt, H.* Abriß der Perkussion und Auskultation. 1915. 12. Aufl.

51. *Weber, A.* Über die Methoden der Herzgrößenbestimmung. 1916. Med. Klin.



Gefahren der Lumbalpunktion.

Von

Dr. **Otto Kaiser,** München-Neufriedenheim.

Die im folgenden beschriebenen Fälle haben mich gelehrt, daß die Lumbalpunktion keineswegs eine so harmlose Operation ist, wie man vielfach meint. Mag auch der Eingriff keine auf anatomischen Veränderungen beruhenden dauernden Schädigungen zur Folge haben, so können doch bei Psychopathen, insbesondere bei hysterisch veranlagten oder zu hypochondrischer Wahnbildung neigenden Menschen schwere und unter Umständen recht hartnäckige oder dauernde psychische Schädigungen hervorgerufen werden. Es ist eben doch bei den heutigen Tages durch die Zeitungen und sonstige Aufklärungen unter fast allen Gebildeten verbreiteten Kenntnissen über den Zweck der Punktion und über die Folgen der Syphilis der an sich verhältnismäßig harmlose Eingriff als ein psychisches Trauma zu bewerten. Besonders vermag das Schreckgespenst der progressiven Paralyse manchen zur Verzweiflung zu treiben, und es ist in vielen Fällen doch wohl fraglich, ob der objektive Nutzen durch eine auf Grund der Punktion eingeleitete antisyphilitische Behandlung die schwerwiegenden Einflüsse auf die Psyche durch die heraufbeschworenen Befürchtungen und Zweifel auszugleichen vermag. Denn einerseits kann durch die ärztlichen Untersuchungen bei Personen, welche weder an Syphilis noch an Paralyse leiden, die Furcht vor diesen Erkrankungen ausgelöst werden, andererseits ist durchaus noch nicht erwiesen, ob die Behandlung bei wirklich Paralytischen irgendwelche Erfolge aufweist.

In drei von mir beobachteten Fällen schlossen sich unmittelbar an die Lumbalpunktion hypochondrische Wahnbildungen an, in welchen die Punktion als überwertige Idee im Sinne *Wernickes* fortwirkte. Es handelte sich in allen drei Fällen um depressive Formen.

Beim ersten Pat. G., einer Altersdepression, welche als Initialstadium eines sich anschließenden präsenilen Verfolgungswahnes aufzu-



fassen ist, hat die Lumbalpunktion zweifellos zur Ausbildung des Verfolgungswahnes beigetragen, sie hat hier in dieser Beziehung geradezu eine deletäre Wirkung gehabt. G. bemerkte nach der Lumbalpunktion vor allem den Eintritt von Impotenz. Ob diese tatsächlich durch den Eingriff infolge von Spinalirritation hervorgerufen ist, ob sie als eine psychogene aufzufassen ist, oder ob sie auch ohne die Punktion infolge der Allgemeinerkrankung aufgetreten wäre und nur zufällig mit der Zeit der Punktion zusammentrifft, will ich nicht entscheiden und es dürfte auch für die Folgen gänzlich belanglos sein. Mit der Wahrnehmung der Impotenz bildete sich für G. der Ideenkomplex, daß er durch die Operation schwer geschädigt sei. Da er nun sah, daß andere Kranke bald von den Folgen der Punktion genasen, so glaubte er, daß bei ihm die Operation in besonderer Weise vorgenommen sei, daß man ihn als Versuchskarnickel benützt und ihm ein Gift ins Rückenmark hineingeschüttet habe. Allerdings ist diese Kombination schon eine Ausgeburt des bei G. zweifellos bereits beginnenden Verfolgungswahnes, immerhin aber ist die Punktion die erste Veranlassung und die auslösende Ursache für die sich bildenden Verfolgungswahnvorstellungen gewesen. Mit welcher Gemütsaffektion der ganze Vorgang für G. verbunden gewesen sein muß, geht daraus hervor, daß sich der ganze Gedankenkreis des Patienten nur um diese eine Sache drehte, so daß er überhaupt nicht wieder davon loszukommen vermochte, und daß somit die Schädigung durch die Punktion zur überwertigen Vorstellung für ihn wurde, die noch jetzt sein ganzes Denken beherrscht. Noch heute beschuldigt er die Ärzte, welche die Operation an ihm vornahmen, mit den fürchterlichsten Schmähungen, daß sie an seiner Erkrankung schuld seien, und lebt in ständiger Angst vor den fortschreitenden Lähmungen, die nach seiner Ansicht durch die künstlich hervorgerufene Entzündung seines Rückenmarkes bewirkt werden müssen.

Der zweite Fall H. ist eine manisch-depressive Form. Er litt schon während seiner Studienzeit vor dem Examen an einer länger dauernden Depression. An eine spätere Depression, welche die Veranlassung zur Blut- und Liquoruntersuchung abgab, schloß sich ein euphorisches Stadium an, welches wiederum durch eine Depression abgelöst wurde. Daneben bestand bei H. eine hysterische Veranlagung, welche das Auftreten psychogener Symptome sehr begünstigte, so daß in diesem Falle die Spinalpunktion geradezu als ein psychischer Schock wirkte. Außerdem spielt bei H. die Furcht vor der Syphilis und der Paralyse eine hervorragende Rolle, welche durch die von ihm selbst immer wieder gewünschten Untersuchungen eher genährt als beschwichtigt wurde. Der damals behandelnde Arzt faßte die Symptome als eine überaus schwere Form von Spinalirritation auf, ich glaube jedoch, daß es sich im wesentlichen um psychogene Symptome handelte, die in der Tat in diesem Falle so ernste Formen annahmen, daß sie den Mann in Lebensgefahr brachten. Wie schwer hier der Gemütsaffekt war, zeigte sich darin, daß auch in der folgenden Depression die gleichen Ideen das Leitmotiv abgaben, und daß Patient auch jetzt noch die Hauptschuld an allem der Lumbalpunktion beimißt.

In dem dritten Falle St. handelt es sich um eine Depression, welche vielleicht schon der Beginn einer Paralyse oder einer anderen luischen

Gehirnaffektion ist, obwohl mir die Sache noch keineswegs sicher erscheint. Auch in diesem Falle spielt neben der allgemeinen Syphilis- und Paralysefurcht der Gedanke, daß durch die Lumbalpunktion eine Rückenmarksentzündung eingetreten und ihm dadurch der Todesstoß versetzt sei, die führende Rolle. Nur in einer Beziehung ergeben die drei Fälle einen wesentlichen Unterschied, als die beiden letzteren Patienten das Verschulden in sich selbst und in der erworbenen Syphilis suchen, während der erstere infolge der krankhaften, zum Verfolgungswahn disponierenden Grundlage allein die Ärzte dafür verantwortlich machte. Bei diesem ist allerdings vielleicht der Fehler gemacht worden, daß man die Punktion ohne seine Zustimmung gemacht hatte, wenigstens hat es mir der Kranke so dargestellt, und ich weiß auch, daß an der betreffenden Klinik seinerzeit der Standpunkt vertreten wurde, daß die Ärzte berechtigt seien, den Eingriff auch gegen den Willen des Patienten, eventuell sogar in Narkose vorzunehmen, wenn es im Interesse der daran zu knüpfenden Therapie für notwendig erachtet würde.

Immerhin lehren diese Fälle, daß man mit der Vornahme sowohl der Blutuntersuchung wie der Spinalpunktion vorsichtig sein muß. Auf jeden Fall sollte man vorher die Frage erwägen, ob der Patient selbst den Eingriff wünscht oder nicht, ferner ob dem Patienten auf Grund seiner allgemeinen psychischen Konstitution ein Schaden zugefügt werden könnte, und wenn dieses zu befürchten ist, ob der von einer spezifischen Therapie zu erwartende Nutzeffekt so groß ist, daß er diese Schädigung kompensiert.

Nun kommt es naturgemäß gerade bei depressiven Kranken häufig vor, daß sie die Eingriffe zur Beruhigung ihrer Syphilidophobie verlangen. Ich habe aber den Eindruck, daß eine Beruhigung in den wenigsten Fällen dadurch erzielt wird. Entweder ist das Resultat der Untersuchung positiv, dann wird natürlich die Syphilidophobie dadurch nur gesteigert, oft in solchem Grade, daß sich direkt Selbstmordgedanken daran knüpfen. Es ist in solchen Fällen sehr fraglich, ob diese beruhigende Wirkung durch den Nutzen der antiluischen Therapie wett gemacht wird. In solchen Fällen kann man sich oft nur dadurch helfen, daß man den Kranken belügt und ihm das wahre Resultat verschweigt. Oder aber das Resultat ist ein negatives, auch in diesen Fällen wird der gewünschte Effekt selten erreicht, denn die mißtrauischen Kranken pflegen zu sagen, daß der Arzt ihnen die Wahrheit verschweige, um sie nicht aufzuregen, wie das ja Pflicht des Arztes sei, oder sie behaupten — und gerade das letztere ist sehr häufig der Fall —, daß das Blut im Laboratorium mit dem eines anderen Kranken versehentlich verwechselt worden sei. Ich habe in dieser Beziehung verschiedene Fälle erlebt, welche mir zu denken gaben.

Ich erwähne einen Pat. L., welcher wahrscheinlich manisch depressiv ist. Während der letzten Depression hatten sich Angstzustände vom Charakter der Platzangst ausgebildet. Pat. fürchtete, von der Treppe fallen, aus dem Fenster springen zu müssen und ging deshalb nur in Begleitung von mehreren Personen, die er sogar dafür bezahlte, und die diese Gelegenheit z. T. zu Erpressungen ausnützten. Ein Arzt hatte ihm einmal Verdacht auf Syphilis geäußert. Pat., der sich schon auf dem Wege zur Besserung befand, als er zu mir kam, verlangte deshalb eine Blutuntersuchung. Das Resultat war zweifelhaft. Als ich dieses dem Patienten mitteilte und ihm vorschlug, der Sicherheit halber und zur Vorbeugung eine Kur zu machen, geriet dieser in hochgradige Erregung, wollte bestimmt wissen, ob er Syphilis habe, und ob ich ihm Quecksilber einspritzen wollte. Ich begriff sofort, daß ich dem Manne mehr dadurch schaden könne, als ich ihm durch eine spezifische Therapie bei der doch sehr fraglichen Syphilis nützen würde. Es gelang mir in diesem Falle, den Pat., welcher Italienisch sprach und fast kein Wort Deutsch verstand, dadurch zu beruhigen, daß ich ihm durch einen Dolmetscher versicherte, es handle sich infolge der mangelhaften Sprachkenntnisse nur um ein Mißverständnis, die Untersuchung habe keine Syphilis ergeben, dagegen einen Mangel an roten Blutkörperchen, weshalb ich eine Arsenikkur vornehmen wolle. Ich machte ihm dann der Suggestion halber Injektionen mit Kochsalzlösung. Pat. befindet sich, weil die Depression jetzt so wie so abläuft, auf dem Wege der Besserung.

Nicht unerwähnt möchte ich einen weiteren sehr traurigen Fall lassen, welcher mir einen tiefen Eindruck machte und dauernd in meiner Erinnerung haftet. Es war ein begabter Maler, der wegen Nachlassens seiner Schaffenskraft ein Sanatorium aufsuchte, hier auf Blut und Liquor untersucht und mit Salvarsan und Hydrargyrum behandelt wurde. Es handelte sich hier tatsächlich um eine beginnende Paralyse. Pat. war aber noch so intelligent, daß er selbst aus der Art der Behandlung die Diagnose auf Paralyse stellte und auch durch gegenteilige Versicherungen der Ärzte nicht davon abzubringen war. Die Paralyse wurde durch die intensive Behandlung sicher nicht aufgehalten, der Pat. aber hatte, wie das ja ganz logisch war, den einzigen Gedanken, sich umzubringen, bevor er in geistige Erkrankung verfiele, und wurde deshalb in unsere Anstalt übergeführt. Er hat hier in besseren Momenten noch flotte und von hoher Kunstbegabung zeugende Skizzen gemalt, es brach aber immer wieder seine tiefe Depression durch, die ich jedoch in diesem Falle als durchaus physiologisch ansehen mußte. Er machte schließlich einen Selbstmordversuch über den anderen, z. T. mit großer Raffiniertheit, so daß er nur im Wachsaale unter wiederholter Morphium-Skopolamin-Narkose gehalten werden konnte. Es verursachte mir selbst einen seelischen Konflikt zwischen meinem humanen Gefühle und meiner Pflicht als Arzt, ihn mit Gewalt von seinen Selbstmordversuchen abzuhalten. Wiederholt stellte sich Pat. gesund und verlangte seine Entlassung, weil er sich wieder voll leistungfähig fühle und malen wolle, tatsächlich aber wollte er nur seine Entlassung erwirken, um sich zu Hause desto sicherer umbringen zu können. Des öfteren griff er die Pfleger an, nur in dem Gedanken, daß diese ihn in der Notwehr töten könnten. Seine Freunde



befürworteten schließlich seine Entlassung, um seiner Qual ein Ende zu setzen. Ich hätte mich in diesem Falle damit einverstanden erklärt, wenn nicht seine Angehörigen, die zwar seine gesetzlichen Vertreter waren, ihm aber in Wirklichkeit fernerstanden als seine Freunde, ihre Zustimmung versagt hätten. Pat. wurde dann einer staatlichen Anstalt überwiesen und mußte so weiter sein Los ertragen, bis ihn vielleicht die Krankheit selbst erlöste.

Ich wiederhole daher meine aus diesen Fällen gewonnene Ansicht, daß die Blut- und Liquoruntersuchungen, ganz besonders die Lumbalpunktion, und die sich daran knüpfenden Erwägungen und therapeutischen Maßnahmen bei psychisch Kranken, namentlich bei hysterisch veranlagten und depressiven Kranken keineswegs so harmlos sind, wie man vielfach glaubt. Ich halte aus diesem Grunde dafür, diese Eingriffe bei Personen, welche noch ein Verständnis dafür besitzen, stets nur mit ihrer Einwilligung zu machen und in solchen Fällen, wo den Patienten das nötige Verständnis dafür abgeht, sich wenigstens der Zustimmung der Angehörigen zu vergewissern. Zweitens sollte man diese Eingriffe möglichst nur dann vornehmen, wenn man glaubt, durch die Therapie noch einen Nutzen zu stiften. Falls man aber die Eingriffe lediglich aus wissenschaftlichem Interesse und zu diagnostischen Zwecken vornimmt, sollte man sorgfältig prüfen, ob man nicht Gefahr läuft, den Kranken in unnötiger Syphilisfurcht zu bestärken und ihn dadurch zu schädigen.

Um Mißverständnissen vorzubeugen, bemerke ich noch zum Schlusse, daß ich keineswegs die allgemeine Bedeutung der Liquoruntersuchung und der spezifischen Therapie herabwürdigen will. Meine Warnungen sollen sich hauptsächlich auf psychisch gefährdete, krankhaft veranlagte Menschen beziehen, bei denen unter Umständen die Gefahr psychisch zu erkranken größer ist als die durch die syphilitische Infektion bedingte objektive Gefahr. Allgemeine Regeln lassen sich kaum aufstellen, es kommt eben darauf an, in jedem Einzelfalle das Für und Wider zu erwägen, um das Richtige zu treffen.



Allopselaphie[1]).

Von

Med.-Rat **W. Fuchs.**

... Carl Conrad G., geb. am 26. 11. 66 zu U., ebendort wohnhafter verwitweter katholischer Landwirt, entwickelte sich als Kind in einer gröbere Abweichungen zunächst nicht bietenden Weise und war ein intellektuell gut veranlagter Schüler. Dagegen kam er früh mit den Gesetzen in Kollision, indem er 15jährig sich zu einem Marktdiebstahl verleiten ließ, und schon im Jahre darauf begannen jene leidigen Händel, die ihm dann dauernd, wenn auch mit längeren Zwischenpausen und überallhin gefolgt sind: anonyme Briefschreibereien.

... In dem Heimatsort des G. bestehen unzweifelhaft unerquickliche Verhältnisse, Gehässigkeiten und Parteiungen, die derartig zugespitzt erscheinen, daß sie alle Eigenschaften besitzen, einen ungünstig veranlagten Menschen psychisch zu schädigen. Wichtiger als erbliche Belastung ist die Tatsache, daß G. eine unauslöschliche Feindseligkeit gewissermaßen vom Vater erblich übernommen hat, nämlich die Feindseligkeit mit dem Altbürgermeister und jetzigen Akzisor R. zu U. Von keinem geringeren als G. selbst wird diesem Vater ein ungünstiges Zeugnis ausgestellt, und von anderer Seite wird besonders dessen schlechter Charakter hervorgehoben, — genug, G. gewöhnte sich von früh auf daran, in R. nicht nur den Gegenspieler seines Vaters, sondern auch seinen eigenen zu erblicken. Allerlei Anzeigen, Denunziationen, Leumundszeugnisse, Wahlkämpfe gaben zu tausend Reibereien Anlaß, und es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß die Gefühle des genannten Dorfmonarchen für G. keine freundlicheren gewesen sind als die des Letzteren für R. Auf derart heißem Boden erwuchs die Angelegenheit der anonymen Briefe von 00.

Wir können uns darauf beschränken, in dieser Sache folgendes hervorzuheben: wenn auch eine Anzahl der fraglichen Sendungen an Persönlichkeiten gerichtet war, mit welchen, wie z. B. mit Landesfürst und Kaiser, G. nicht in Berührung gekommen ist, so trugen doch die meisten die Adressen von Leuten, mit welchen G. in offenem Zwist lebte, oder welchen er wegen eines behördlicherseits erlittenen Mißerfolgs gram zu sein Ursache hatte. Der Inhalt war teils überaus unflätig, sogar materiell unflätig, teils von schimpfendem und drohendem Charakter in der blutrünstigen Phraseologie gewisser Hintertreppenromane; und die ganze

[1]) Aus der Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen.



Aufmachung so, daß als Veranstalter nur zwei Menschentypen in Betracht kommen können: antisoziale Geisteskranke oder aber antisoziale Verschwörer.

G. allerdings erklärt gerade diese letztere Möglichkeit — Verschwörer — als Gewißheit, nennt als Täter seine Feinde und — überflüssig zu sagen! — bestreitet aufs Feierlichste seine Schuld. In der Tat ist G. nicht ertappt worden, die Entscheidung gegen ihn fiel vorwiegend auf Grund der Gutachten von Schreibsachverständigen, aber sie fiel doch eben unzweideutig gegen ihn, und kein anderer Verdacht hat sich als stichhaltig erweisen lassen.

Wie immer dem sei, damals zuerst entstand die Vermutung, daß G. geistig nicht normal sein könne; der Verteidiger beantragte wiederholt die psychiatrische Begutachtung des G. und nennt schon das Wort „Verfolgungswahn". G. war zweifellos in einem Zustande, den man, wenn man nichts präjudizieren will, mindestens als schwere Gemütsverstimmung zu bezeichnen haben wird. Aber während diese Verstimmung noch normalpsychologisch erklärt werden könnte, klingen Äußerungen in einem Schreiben an die Frau unzweideutig krankhaft. Von unschuldiger Verurteilung durch Verbrecher, von Richtern, die wider ihre Pflicht gehandelt und alles ungünstige mit Freuden aufgenommen haben, von allem entlastenden aber nichts wissen wollen, „um mich zu vernichten", vom eigenen Anwalt, der unredlich, um Geldes willen gehandelt habe, spricht da G., und so würde selbst die Entrüstung der Unschuld wohl kaum sprechen. Auch in diesen einseitigen und beleidigenden Vorwürfen sah und sieht G. weder etwas unhaltbares noch krankhaftes, aber wie er für jene Zeit doch in der Illenau noch von einer Nervenerschütterung spricht, die in ein Nervenleiden ausartete, so vermag er auch heute eine Erkrankung nicht glatt wegzuleugnen, nur versteift er sich darauf, daß es nichts als ein Nervenleiden gewesen sei und beileibe keine Geisteskrankheit. Von seinem Standpunkte aus ist das durchaus konsequent, denn sein ganzer Lebenskampf dreht sich ja um die Wiederanerkennung seiner geistigen Zurechnungsfähigkeit, die ihm die Rehabilitierung in der Affaire von 00 und weiter die Revanche an seinen Feinden verschaffen soll. Ob freilich diese konsequente Haltung auch zweckdienlich genannt werden darf, das ist eine andere Frage. Wenn wir aber die weder von G. noch auch von Außenstehenden bestrittene, vielmehr von beiden Teilen bezeugte Gemütsverstimmung zusammenaddieren mit jenen brieflichen Äußerungen, deren Vorhandensein G. nicht ableugnen kann, so ergibt sich das Gesamtbild einer wohlcharakterisierten geistigen Erkrankung. Tatsächlich ist G. auch damals mit Rücksicht auf sein psychisches Befinden auf freien Fuß gesetzt worden.

Als er seine Strafe antreten sollte, entwich er in die Schweiz, im Frühjahr 01. In der Schweiz waren seine Geschicke wechselnd; einer der Arbeitgeber G.s in der damaligen Zeit stellt ihm ein charakterologisch sehr ungünstiges Zeugnis aus, andererseits scheinen längere störungfreie Zeiten sich dazwischengeschoben zu haben, äußert seine Arboner Hauswirtin sich sympathisch. Allein im Herbst 03 wurde G. abermals in eine üble Angelegenheit verwickelt; diesmal handelte es sich um Schmähungen sexueller Art in Briefen und auf offenen Postkarten und



die gewählten Ausdrücke waren gleichlautend mit solchen, die G. vor Zeugen in einem vorangegangenen Wortstreit mit den Adressaten gebraucht hatte. G., der sich durch sein weiteres Verhalten hinreichend verdächtig machte, und den das Gutachten eines Schriftexperten als den Verfasser bezeichnete, kam in Untersuchungshaft, wo er in einen ganz ähnlichen Zustand geriet wie seinerzeit in Offenburg in der Haft, d. h. verstimmt war, aufgeregt, nervös und schlaflos, sodaß er vorübergehend im Spital untergebracht werden mußte. Wieder in den Arrest zurückgekehrt, verweigerte G. länger als zwei Wochen die Nahrungsaufnahme, stand bei Tage wie in den schlaflosen Nächten am Fenster, äußerte Mißtrauen und Vergiftungsideen und hatte beängstigende Sinnestäuschungen. G. scheint den damals ihn behandelnden Ärzten ausnahmsweise viel Vertrauen entgegengebracht zu haben, denn er berichtete ihnen auch für die Zeit seiner Offenburger Haft das Auftreten von Visionen und Gehörstäuschungen, die seinen Gemütszustand verdüstert hätten. Damit wäre also die innere Verwandtschaft der krankhaften Zustände da wie dort in allen Einzelheiten erwiesen, zumal auch Vergiftungsideen schon in Offenburg, laut Angabe in der damaligen Revisionsbegründung durch den Verteidiger aufgetreten zu sein scheinen. G. selbst bestätigt übrigens retrospektiv die Verwandtschaft der beiden Krankheitsperioden: in seiner großen Lebensbeschreibung vom 14. 3. 10 sagt er, sein Zustand sei 03 geradeso wie im Gefängnis zu Offenburg gewesen.

Nach dem Zeugnis des Spitalarztes Dr. *v. Muralt* wegen psychischer Depression, Schlaflosigkeit, Angstzuständen, Selbstmordgedanken, wurde G. in die Irrenanstalt Münsterlingen überführt. Die weitgehende Ähnlichkeit der Geistesstörung zu Romanshorn mit der zu Offenburg haben wir erwähnt: beide stellen das wenig ungewöhnliche Bild einer Haftpsychose bei Entarteten dar. Die anonymen Schriftstücke der beiden Perioden, inhaltlich verschieden, ähneln sich in der interjektionsähnlichen Kürze der Sätze. Am deutlichsten indeß erhellt die Einheitlichkeit der psychischen Konstruktion aus der Einheitlichkeit in der Person: R., schon in der Heimat des G. die Zentralsonne, um die sich alles böse dreht, wirkt nun auch in der Fremde als spiritus rector, indem sich der Statthalter Schmidt zu seinem Handlanger hergibt für allerlei Niederträchtigkeiten gegen G. Dieser präzisiert in einem klassischen Briefe de dato 22. 3. 04 von Münsterlingen seine Auffassung von dem Wirken jenes Statthalters folgendermaßen: Der Statthalter, der — wir zitieren wörtlich — „als Verbrecher im Hintergrunde steht, ist an der abscheulichen Behandlung und der langen Einsperrung, die für seine Gemeinheit zeugen, schuld; er hat dem Friedensrichter vorgegriffen, um sein gemeines Werk zu vollenden; er hat ihm — G. — hundert Frank gestohlen und als er — G. — ihm den Betrug vorhielt, so konnte er nichts besseres tun, als mit dem Postkartenhandel beginnen. Das abscheuliche Treiben des Teufels von Statthalter ist eine Schande für die ganze Schweiz".

So G.; nach ihm ist nun, wie gesagt, dieser diabolische Statthalter, der eine ähnliche rätselhafte Macht auf alle Welt in der Schweiz ausübt, wie sie die Verfolgerfirma R. auf alle Welt in und bei U. ausübt, nur eine Marionette in der Hand eines Größeren und dieser Größere ist eben R. bzw. die Clique R.-L. (L. war damals der amtierende Bürgermeister).



Aus dritten Personen, zufällig anwesenden Verwandten, behördlichen Korrespondenzen und Nachfragen konstruiert G. einen intimen Zusammenhang zwischen R. und dem Statthalter und macht aus Indizien, die höchstens eine Möglichkeit eröffnen könnten, sich eine absolute, belastende Gewißheit zurecht.

In der Anstalt zu Münsterlingen bot G. den Eindruck eines schwer Leidenden, war ganz verstimmt und halluzinierte in den ersten Tagen noch; später besserte sich das Befinden, aber an den Verfolgungsideen gegen den Statthalter hielt G. fest, und ein Verhör durch den Anstaltsdirektor *Fr.* griff G. derartig an, daß er vor Zittern nicht schreiben konnte und nachher einen Tag lang nichts aß. Zum Schluß soll er eingestanden haben, die inkriminierten Sachen geschrieben zu haben. Daß G. später alles dieses von ihm selbst beigebrachte Material hartnäckig abstritt, sämtliche Zeugen dafür diskreditierte und seine krankhaften Symptome teils als situationsgemäße Selbstverständlichkeiten, teils aber als Simulation, begangen auf Wunsch der exkulpationslüsternen Ärzte, hinstellte, versteht sich von selbst, soll aber erwähnt werden, weil es der Abrundung des Gesamtbildes dient.

Nachdem G. von den Münsterlinger Ärzten als nicht zurechnungsfähig erklärt und exkulpiert worden war, wurde er aus der Schweiz ausgewiesen. Im Frühjahr 1904 kehrte er auf seinen Hof zurück. Die aus 00 noch fällige Strafe wurde nicht vollstreckt, da das gerichtlich erhobene bezirksärztliche Gutachten sich dahin aussprach, daß G. schon zur Zeit der damaligen Straftaten geisteskrank im Sinne des § 51 des RStGB. gewesen sei.

In einem späteren Gutachten vom Oktober 05 erklärte der Bezirksassistenzarzt den G. als wahrscheinlich frühzeitig an originärer Paranoia erkrankt. G. stieß damals Drohungen aus, er mache den R. hin, man brauche auch keine Fürsten mehr. Im Oktober 07 hatte abermals der Bezirksassistenzarzt sich zu äußern, und er urteilt, daß anläßlich von Konflikten bei G. jede Logik aufhöre; G. drohte diesmal, daß, wenn er 00 hätte sitzen müssen, er einen totgeschlagen haben würde.

Die Beobachtungen, zu Erhebungen verdichtet, gingen weiter und ergaben nichts besonders belastendes aus dem persönlichen Leben des G., aber auch nichts besonders erbauliches. Anders steht es mit den amtlichen Beziehungen des G., welche die Ursache jener dauernden Kontrolle waren: G. machte fortgesetzt Eingaben, in denen er sich über den damaligen Bürgermeister zu U. beschwerte, wieder mit Vorliebe in maßlosen und injuriösen Ausdrücken.

Als im Hinblick auf G.s Geistesverfassung die Staatsanwaltschaft 1908 die Wiederaufnahme des Verfahrens von 1900 beantragte, reagierte G. mit Schreiben an diese Behörde, in denen er sich gegen die Annahme der Geisteskrankheit verwahrte, gleichzeitig aber die Gelegenheit benützte, wiederum die Gendarmen Betrüger, das ganze frühere Verfahren parteiisch, den L. (Bürgermeister und angebliche Kreatur R.s) sowie den Hauptzeugen meineidig, den Vorsitzenden einseitig, die Strafkammer tief gesunken, weiter die Beweise künstlich, den Vorsitzenden ruchlos und den, der der Ungerechtigkeit die Krone aufgesetzt habe, den einen Staatsanwalt einseitig, den andern Staatsanwalt einseitig-nervös zu nennen. Natürlich lehnte G. auch sämtliche Richter des Landgerichts ab.

Die hinzugezogenen Sachverständigen, der Bezirksarzt und der Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik zu Freiburg, bescheinigten eine seit Jahren bestehende querulierende Form der chronischen Paranoia, speziell Verfolgungswahn. Daraufhin wurde das Urteil von 1900 aufgehoben.

Es drängte sich aber nunmehr die Frage auf, ob nicht G. in einer Irrenanstalt unterzubringen sei. Die Gendarmerieerhebungen ergaben, daß G. händelsüchtig sei, die Leute verhetze, sich alle Sonntage betrinke, dann spektakle und räsonniere. Daneben gingen die obligaten freundnachbarlichen Mißhelligkeiten. Es ist aber bemerkenswert, daß G., der auch in diesen seinen Privathändeln wiederholt zur Feder griff, doch in diesen Briefen, wenn sie auch unzweifelhaft beleidigend gehalten sind, nicht jene Maßlosigkeit zeigt, die er gegenüber den Behörden anzuwenden für gut findet. Gelegenheit hierfür brachte wieder, im Jahre 1909, eine Diebstahlsangelegenheit, die zum Verdruß G.s mit Einstellung des Verfahrens gegen den von ihm Angeschuldigten endete, weil der Verdacht sich auf ihn selbst gelenkt hatte, und in den alsbald einsetzenden Beschwerdeschriften, die sich bis zur Klageerhebung gegen den Staatsanwalt steigerten und im übrigen alle alten Geschichten von neuem hervorholten, wimmelt es abermals von Ausdrücken wie aufhetzende, falsche Aussagen machende Gendarmen, verrückter, verdächtiger Staatsanwalt, gewissenloser Altbürgermeister, erlogene Aussagen des Bezirksarztes, pflichtwidriger frecher Staatsanwalt, pflichtwidrige Gendarmen, gefälschtes Aktenmaterial, Falscheid des Arztes, parteiische Richter; der Gendarmeriewachtmeister habe ihm 100 M. gestohlen, der Gendarm mache falsche Berichte aus Zorn, die Staatsanwaltschaft habe Meineidige beschützt, nur das erheben lassen, was ihn, G., fälschlich belasten sollte, um ja nicht zu einem andern Urteil zu gelangen, sie sei vorsätzlich die Grundlage zu diesen Ungesetzlichkeiten. Ein Richter wie der Vorsitzende R. gehöre von der Richterbank sofort ins Zuchthaus oder noch mehr gelyncht. Er — G. — sei als geisteskrank behandelt worden vom Amtsgericht und Staatsanwalt, damit die verbrecherischen Handlungen nicht gesühnt werden sollten. Die bei den verschiedenen Verhandlungen in Frage kommenden Richter wurden von G. — man darf sagen: schaarenweise — abgelehnt. Den einzigen Lichtblick sieht G. in dem bald nachher eingetretenen Tode von Staatsanwalt und Vorsitzendem, die von Gott hernach gleich abgerufen und in seinen Richterhänden gerichtet worden seien: „Die Anführer", verkündet G. nicht ohne Schwung, „sind jetzt im Tode gerichtet vom Schöpfer."

Vereinzelt waren schon früher in G.s Expektorationen Wendungen aufgetreten, die viel Sympathie für rasche Justiz gewisser nordwestamerikanischer Staaten atmeten. Nun, während alle jene Velleitäten noch schwebten, stieß G. dem Faß den Boden aus durch einen Brief an seinen Anwalt B. (vom 18. 1. 10). In diesem Briefe proklamiert G. mit dürren Worten das Recht auf Selbsthilfe, die er jetzt ausüben werde, und es ist nicht nur die Wahl und Zahl ernsthafter unzweideutig blutiger Drohworte, welche diesem Schreiben eine für G. sehr peinliche und von ihm noch heute wehmütig beklagte Würdigung gebracht hat, sondern auch das kalt durchdachte des Desperadokalküls. G. spekuliert nämlich ganz



verschmitzt, daß seine Lynchjustiz nur günstige Folgen für ihn haben könne, denn entweder sei er eben geisteskrank, und dann habe er das Recht, sich angemessen auszuleben, oder aber er komme vor das Schwurgericht, und dann werde sich schon das weitere finden; schlimmstenfalls sei er die Quälerei los. Es mag bei der Gelegenheit immerhin wenigstens erwähnt sein, daß dieser Brief in seiner radikalen Fanfarenform, in dem Vorwiegen direkt apostrophierender Anreden eine bedenkliche Familienähnlichkeit mit dem Schreiben von 1900 aufweist.

Nunmehr erfolgte die Einweisung des G. in die Anstalt Illenau wegen Gemeingefährlichkeit, nicht ohne daß G. vorher noch rasch die Gendarmerie, welche auf Anordnung des Bezirksamts sein Kopierbuch geholt hatte, wegen Diebstahls und — Verletzung der Sonntagsruhe angezeigt hätte!

In Illenau verhielt sich G. dauernd ruhig und geordnet, abgesehen von einem Fluchtversuch, den er mit Hilfe seiner Schwester ausführte, und der beinahe geglückt wäre. Nur bei Berührung seiner cause célèbre, also seines Kampfes ums Recht, mit anderen Worten des Komplexes R., ließ sich jeweils eine sehr lebhafte Aufgeregtheit feststellen. Während hieran, in Erwägung der Verhältnisse, nichts Auffallendes erblickt zu werden braucht, wirkt die Darlegung des angeblichen Verfolgungssystems um so bedeutsamer. G. hielt mit unerschütterlicher Überzeugtheit an dem von ihm ertiftelten oder vielmehr gläubig angenommenen Zusammenhang der Dinge fest und ließ sich weder hiervon noch von der antisozialen Form seiner Kampfesweise auch nur ein Titelchen abmarkten.

Indeß hatte es auch im Gottesfrieden des Anstaltslebens nicht sein Bewenden mit diesen von G. fertig importierten krankhaften Zügen, sondern da die Behörden nicht umhin konnten und zwar im eigenen Interesse des G., seines Hofes und seiner Kinder in Korrespondenz mit ihm zu bleiben, so waren neue charakteristische Reaktionen des G. die Antwort: er weigerte sich, irgend etwas zur Abstellung seiner vorher von ihm selbst beweglich geschilderten Hofnot zu tun; er verweigerte die Annahme bezirksamtlicher Zuschriften, darunter einmal wegen des, wie G. sich ausdrückt: „unflätigen" Inhalts, der lediglich darin bestand, daß G. auf seine erhärtete Geisteskrankheit und Gefährlichkeit hingewiesen wurde; er weigerte sich beständig, einen Bevollmächtigten zu ernennen. An das Ministerium des Innern wie an Amtsgericht und Bezirksamt gingen große Beschwerdebriefe mit den alten Klagen, Vorwürfen, Beleidigungen und Verdächtigungen und mit neuen dazu.

In dem umfangreichen Entmündigungsgutachten vom 10. 4. 10 kam der Illenauer Arzt *Bundschuh* zu dem Endurteil, daß G. geisteskrank sei, daß ein völlig systematisierter Verfolgungswahn bei ihm bestehe, und daß es sich um chronische Verrücktheit, insonderheit um Querulantenwahn handle; ferner daß wegen dieser Geisteskrankheit die Entmündigung des G. vom ärztlichen Standpunkt aus gerechtfertigt erscheine, weil bei dem Charakter der Seelenstörung nur die völlige Ausschaltung G.s aus dem rechtlichen Leben in Betracht kommen könne.

Diesen Ausführungen schloß sich das Amtsgericht nicht an, sondern lehnte am 18. 6. 10 die Entmündigung ab. Zu der gleichen Entscheidung gelangte auf eingelegte Berufung das Landgericht.



G. hatte beim Verwaltungsgerichtshof gegen seine Internierung Klage erhoben. Der Verwaltungsgerichtshof kam nach Anhörung des Illenauer Arztes *Thoma* zu dem Urteil, daß G. zwar geisteskrank und auch seinerzeit mit Fug und Recht interniert worden sei, daß aber seine damals hervorgetretene Gefährlichkeit sich zurückgebildet habe. Mithin mußte am 16. 12. 10 die telegraphisch verfügte Entlassung erfolgen.

Schon 6 Tage später sandte G. der Direktion Illenau einen Brief, in dem er behauptet, dem Arzte, der seine Entlassung befürwortet hatte, sei von dem andern Arzt, der für die Entmündigung eingetreten war, Sand in die Augen gestreut worden, sonst würde er — der erstere Arzt — nicht ihn — G. — für krank erklärt haben —, und an dessen Schluß er kaum verhüllt mit einer Veröffentlichung der „traurigen" „Mißstände" in der Illenau droht. 14 Tage später begann auch wieder die briefstellerische Produktivität G.s an die Behörden.

Diese behandelten G. von da an in Zivilrechtssachen als geschäfts- und prozeßfähig; in strafrechtlicher Hinsicht dagegen wurde er auf Grund der irrenärztlichen Begutachtungen als unzurechnungsfähig betrachtet und auch, soweit es Erhebung von Privatklagen seinerseits betraf, als nicht prozeßfähig behandelt. G. säumte nicht, diesen Freibrief auszunutzen.

Zunächst weigerte er sich einer vom Bezirksamt auf G.s eigene von Illenau aus erhobene dringende Beschwerde hin angeordneten Baureparatur, wie immer unter retrospektiven Vorwürfen, Anklagen und Beamtenbeleidigungen. Dem folgten Anzeige bei der Gendarmerie wegen angeblich in seiner unfreiwilligen Abwesenheit vorgekommener Entwendungen, Beschwerde über die Vormundschaft, Verweigerung der Kostenzahlung für den Anstaltsaufenthalt. Es leuchtet ohne weiteres ein und ist mühelos nachzufühlen, daß diese letztere Geldanforderung bei G. ganz besonders schmerzliche Empfindungen erzeugen mußte, aber die ganze Art und Weise, in der G. vorgeht, wirkt doch wieder von frischem erschütternd, dies uferlose Schimpfen und Jammern mit seiner gradezu platten Weitschweifigkeit, das ausgesuchte Extrem in der Beleidigung, die Zuspitzung auf die Person, fort von der Sachlichkeit, das prompte Auftretenlassen neuer Feinde — Bürgermeister H. von U, weil er jetzt Bürgermeister ist, der Illenauer Arzt *Bundschuh*, weil er für die Entmündigung plädiert hat! Der Letztere heißt bei G. seitdem ein für allemal „der verrückte *Bundschuh*"!

Eine eigentliche Ruhezeit, fast wäre man versucht zu sagen: Schonzeit — hat G. überhaupt nicht eintreten lassen. Mit einer gesetzmäßigen Folgerichtigkeit entwickelten sich die Dinge weiter. Nachdem G., im Herbst 1912, sich geweigert hatte, den Wasserzins zu zahlen, wurde ihm das Wasser gesperrt. Bei dem Versuche des G., die Wasserabsperrung zu verhindern, und bei dem Versuche der Wasserpolizei, den unrechtmäßigerweise Wasser holenden Sohn des G. in flagranti zu fassen, kam es zu wüsten Prügelszenen, bei welchen beide Parteien in tätliche Mitleidenschaft gezogen wurden und, wenigstens bei der zweiten, die ganze Familie des G. bis hinab zu den zarten Töchterchen dem Vater half. Als nun während der Nacht verschiedenen beteiligt gewesenen Widersachern des G., insonderheit dem Brunnenmeister L., eine Anzahl Obst-



bäume ab- bzw. angesägt wurden, begegneten sich Volkesstimme und Auffassung der Behörden in der Vermutung, daß hier ein Racheakt des G. vorliege. Der Verdacht der Ausführung der Tat konzentrierte sich auf den Sohn des G. und dieser ist denn auch verurteilt worden. G. selbst aber, in dem man den Organisator des Ganzen erblickte, wurde auf Anordnung des Bezirksamtes am 12. 12. 12 in die Anstalt Emmendingen überführt.

Wenn wir zunächst die Vorgeschichte ungekürzt und ungeteilt, wie sie sich aus den zahlreichen Akten vor uns abrollte, noch einmal überblicken, so sehen wir eine Persönlichkeit, die sich von früh auf in Mißhelligkeiten hineinziehen ließ, an deren Austragungsart die eigene Charakteranlage sicherlich nicht weniger beteiligt gewesen ist wie die Charakteranlage der Widersacher, und die sich in verdrießlichen Situationen immer wieder nicht anders zu helfen weiß als durch Schimpf- und Drohbriefe. In der Gefängnishaft, die mit dem Gipfelpunkt der Erregung zusammengefallen sein wird, traten wohlumrissene Geistesstörungen auf. Eine vollkommene Änderung der Umwelt — Schweiz — ändert nichts wesentliches an diesem Werdegang: allerorts und mit aller Welt entstehen grimmige Händel. Schließlich hat G. fast nur noch Gegner um sich: Feinde ringsum! und seine eigenen Gegenminen werden immer zahlreicher und vielgestaltiger: zu den anonymen und nicht anonymen Schimpf- und Drohbriefen, den Prozessen, Beschwerden und sonstigen Schritten gesellt sich zuletzt die handgreifliche Selbsthilfe.

Dies die Lebensernte des G., wie sie sich nach außen hin projiziert. Fragen wir nach den Vorgängen im Seelenleben, die alle Einzelheiten begleitet bzw. hervorgerufen haben, so ergab sich uns, daß im psychischen Brennpunkt die Vorstellung von einer Verfolgersippe steht, die den G. schädige, wo sie nur könne. Diese Verfolgersippe, um die Gestalt des R. kristallisiert, vergrößerte mit den Jahren fortgesetzt ihre Kopfzahl, sozusagen ihre Präsenzziffer und schon zur Zeit der Aufnahme in die Illenau war es so weit gekommen, daß sämtliche mit den Angelegenheiten des G. befaßt gewesenen Behörden sowie zahlreiche Ärzte des In- und Auslandes als Helfershelfer jenes kleinen Dorfbürgermeisters entlarvt worden waren — wenigstens in G.s Augen.

... Das allmähliche Anschwellen des psychotischen Moments zeichnet die Fälle von Querulantenwahnsinn aus. Sie sind von Anfang an zentriert und unbelehrbar — ganz wie bei G.; sie zeigen sogenannte akute Schübe und scheinbare Ruhezeiten — ebenfalls wie bei G.; und sie sind endlich progressiv, immer weitere Kreise ziehend, wie ein chemischer Giftstoff oder wie ein Krebsleiden um sich greifend — wiederum wie hier.

... Wir wollen aber schon jetzt auf einige Punkte hinweisen, in denen G. contra G. zitiert werden kann.

G. hat später, besonders während seines Illenauer Aufenthalts und nach diesem, mit voller Bestimmtheit bestritten, irgendwelche Fälle von geistiger Erkrankung in seiner Familie zu haben, so u. a. in einem bei den Akten befindlichen 10 Seiten langen Schreiben ans Amtsgericht vom Mai 10., in welchem er eine erbliche Belastung energisch abgeleugnet; er hat ferner zwei Verwandte veranlaßt, in einem ad hoc ein-



gesandten Briefe, vom 26. 4. 10, jede erbliche Belastung der Familie zu negieren. In der Schweiz dagegen hat er den Ärzten die Angabe gemacht, im ganzen seien in der väterlichen Familie 4 Fälle von Geisteskrankheit vorgekommen, und der Vater selbst habe eine Seelenstörung durchgemacht. Diese Angaben wurden bezüglich der Vatersmutter von der zugereisten Ehefrau ausdrücklich bestätigt. G. unterstreicht diese Daten noch in einer in Münsterlingen verfaßten Autobiographie, in welcher er wörtlich berichtet, der Vater habe wenig oder gar keine Willenskraft besessen infolge einer in den 70er Jahren erlebten „Schwermut oder Wissenslosigkeit", so daß die Mutter den Mann auf dem Hofe spielen mußte und Kommando führte, und die jüngere Schwester, die in Schwermut verfiel, sei heute noch nicht ganz so wie sie sein solle. Noch einmal, am Schluß dieser seiner Lebensschilderung, kommt G. auf die Frage in gleichem Sinne zurück. G.s Angaben betreffs Erblichkeit sind mithin unvereinbar, sie widersprechen sich diametral. Einmal sicherlich sagt G. die Unwahrheit!

Nun gibt G. das letztere auch zu für seine positiven Angaben, aber er will glauben machen, alles Belastende nur auf Verlangen der Ärzte niedergeschrieben bzw. angegeben zu haben. G. proklamiert als Motiv natürlich die Absicht der Rettung seines dortigen Widersachers, des Statthalters, aus selbstgegrabenen Gruben... Wenn der Angeklagte krank ist, so bedarf es nicht mehr des Nachweises erblicher Belastung und wenn er nicht krank ist, so hilft ihm eine erbliche Belastung nichts. So ganz sicher fühlte sich G. bei seinen kühnen Widerrufen offenbar selbst nicht, denn er hat nicht zu behaupten gewagt, daß die Schweizer Ärzte ihm die merkwürdig speziellen Angaben seiner Familiengeschichte gradezu in die Feder diktiert hätten, und er hat niemals auch nur den Versuch gemacht, diese Ärzte zur Zeugenschaft zu nötigen.

Die Bedeutung des Briefes an Rechtsanwalt B. vom Januar 1910 hängt davon ab, ob er ernst genommen wird oder nicht; G. jedenfalls hätte allen Grund, einen sehr präzisen Standpunkt ein für allemal festzustellen. Statt dessen erklärt er seine Stilübung bald als Affektausbruch, bald als eine Art Schachzug, bald als derben Scherz. Es handelt sich um einen ganz zweifellosen Drohbrief, der wohl mit Leidenschaft, aber nicht minder mit Raffinement, wenn auch mit dem kurzsichtigen Raffinement eines Geisteskranken, niedergeschrieben ist. Diese Annahme bestätigt nämlich niemand anders als G. selbst, indem er — vierte Version! — in dem oben angegebenen Schreiben ans Amtsgericht klipp und klar erklärt: „Ich dachte mir, handeln die" (sc. die Richter und Behörden) „ungesetzlich, so darf ich auch so handeln". Wenn wir uns nicht auf den Standpunkt stellen, daß G. in keinem Falle mehr ernst zu nehmen sei, so haben wir hier schwarz auf weiß die bewußt ungesunde Reziprozität eines pathologischen Vorstellungslebens und einen lehrreichen Beitrag zur Ethik solcher Leute wie G.

Nicht viel besser fahren wir, wenn wir den Versuch machen, die Haftpsychosen des G. uns aus seinen eigenen Darstellungen zurückzukonstruieren. Es genügt, daran zu erinnern, daß G. unbedingt nur eine Art nervöse Zerrüttung gelten läßt, nicht aber eine Seelenstörung. Nun sind das ja Gebiete mit fließenden Übergängen, und es hat keinen



Anstand, die Krankheitsbilder von Offenburg und Romanshorn bzw. Münsterlingen auch in der von G. beliebten gekürzten Fassung als eine Gemütskrankheit zu erkennen. Zwiespältig aber sind wiederum die Angaben des G. über die damals aufgetretenen Vergiftungsideen und Halluzinationen, offenbar weil G. sich nachträglich sagt, daß das etwas besonders schlimmes und für die Geistes- (nicht bloß „Nerven"-!) störung beweisendes sei. Diese Symptome hat er also später stets bestritten. In Münsterlingen dagegen hat er den Ärzten gestanden, man habe im Gefängnis probiert, ihn zu vergiften, er habe die Stimme seiner Mutter, seiner Frau gehört und diese letztere gesehen, und später, auch in Offenburg habe er die Stimme seines ältesten Kindes gehört und deshalb vor Aufregung nicht schlafen können. Desgleichen berichtet er in seiner selbst verfaßten Lebensgeschichte bei den Münsterlinger Akten, daß er im Gefängnis vor Aufregung keinem Menschen mehr getraut und geglaubt habe, man wolle ihn in der Schweiz vergiften, so daß er sich das Leben genommen hätte, wenn er allein gewesen wäre. Auch im Spital, sagt G., wollten die dummen Gedanken nicht weichen.

Die gleiche Taktik wie bei der Erblichkeit verfolgt G. auch hier: insonderheit die eindeutigsten seiner Angaben will er auf Zureden der Ärzte einfach aus der Luft gegriffen haben. Wie reimt es sich aber damit zusammen, daß G. in eben jenem Curriculum mit klarer Krankheitseinsicht sagt: „ich muß mich schämen, so dummes Zeug geglaubt zu haben" und nicht minder deutlich einige Wochen später: „das alles ist ein Unsinn" ?!

In dem Bestreben, der Gegenpartei möglichst alle Waffen auf einmal zu entreißen, hat G. später alles ihm bedenklich vorkommende abgestritten, übrigens höchst überflüssigerweise, da sämtliche möglichen Psychosen in G.s Vergangenheit für seine gegenwärtige Geschäftsfähigkeit irrelevant sein würden, sofern er nur zur Zeit gesund wäre. Gerade die Durchsichtigkeit seiner Tendenz trägt dazu bei, die Glaubwürdigkeit der Resultate dieser Tendenz zu erschüttern.

... Zunächst ist es eine unbestreitbare Tatsache, daß alle begutachtenden Ärzte den G. für geisteskrank erklären und zwar mit annähernd identischen Diagnosen. ... Geteilt sind die Ansichten der Ärzte lediglich bezüglich der Frage der Internierungsbedürftigkeit.

Eine weitere unbestreitbare Tatsache ist es, daß G. immer und immer wieder, in den ganzen letzten Jahren geradezu ununterbrochen, in die leidigsten Händel sich eingelassen hat, daß er insbesondere mit seinen Behörden ausnahmslos in die zugespitztesten Konflikte geriet und zwar auch mit ganz neuen Männern im Ausland. Je nachdem die Woge des Prozesses oder des Beschwerdeweges ihn da- oder dorthin hebt, ist die jeweils prominente Persönlichkeit G.s Todfeind.

... Welcher Art die Waffen sind, mit denen G. seinen Kampf durchficht, haben wir schon früher zur Genüge kennengelernt. Es sind, um im Bilde zu bleiben, keine blanken Waffen —; es sind Beleidigungen, Schmähungen, Beschimpfungen. Auch sind G.s Briefe als Ganzes betrachtet auffallend schlecht disponiert, sie bestehen aus einem wahren Wirrsal von Einzelheiten, deren einzige logische Zusammengehörigkeit daraus hergeleitet werden muß, daß G. über sie erbost ist.



... Im Mai 1910 schreibt G. ans Amtsgericht G.: „Bezirksarzt B. schmiedete sein Gutachten auf haarsträubend erlogene Unterlagen. An dasselbe schloß sich dann in vollem Glauben an die Wahrheit Bezirksassistenzarzt H. und He. sowie Ho. Und warum? weil es der Staatsanwalt verlangte um die Sache aus der Welt zu schaffen, da man überall einsah, daß mir Unrecht geschah". Hier wird ersichtlich, in beschimpfender Ausdrucksweise, eine für G. charakteristische Eigenschaft: krasse Behauptungen ohne die Spur eines Beweises. ... G. fährt (in jenem Briefe) fort: „In Illenau war es gerade so, das Urteil über mich war gefällt ehe ich ankam". *Bundschuh* — der erst gehörte Illenauer Arzt — „war froh, wenn er mich nicht sah, um nicht Zweifel an der fatalen Geisteskrankheit zu bekommen. — Als gewissenhafter Arzt ohne die erlogenen Akten hätte er sicher mich als überaus normalen Mann bezeichnet mit beneidenswerten Talenten, daß mein Ort nur froh sein darf einen solchen belehrten Menschen zu haben". Man beachte die apodiktische Unfehlbarkeit, zu welcher den G. sein Selbstgefühl verführt!

Im Monat darauf schreibt G. an ebendasselbe: „niemand wird mich einer geisteskranken Handlung bezeichnen" (soll wohl heißen: zeihen) „können als nur die, welche unter dem Druck der Offenburger Beamten arbeiten müssen, um ihre" (soll heißen: deren) „Fehler und Mißgriffe zuzudecken". Das Gutachten von *Bundschuh* „ist nur auf den Wunsch des Staatsanwalts gemacht, damit ich meiner Lebtag geschädigt bin sowie meine kleinen Kinder. Es herrschen hier" (soll heißen in der Illenau) „schreckliche Mißstände". Man möchte in der Tat glauben, G. kenne das französische Sprichwort und verdrehe es in „qui accuse s'excuse"!

... Für die geringe Fähigkeit G.s, sich zu beherrschen, seine Gedanken zu ordnen und ein Thema ohne Abschweifungen zu Ende zu führen, zeugt schon der unverhältnismäßig große Umfang fast aller seiner schriftlichen Emanationen. Nicht zuletzt G. selbst ist schuld an dem gewaltigen Format des Aktenmaterials. Im Juni 1911 verfaßt er 8 Seiten an das Bezirksamt, auf denen er sich wegen angeblicher Zustellung am Sonntag, dann über den Bürgermeister H, dann über das unerhörte Gebahren des Bezirksamtes beschwert, hierauf gegen den Beamten des Bezirksamtes G. den Verdacht der Verrücktheit äußert, nochmals die Verletzung der Sonntagsruhe rügt und die offene Zustellung als Ungebührlichkeit bezeichnet, sich ein für allemal jede Zustellung mit der Unterschrift des genannten Beamten, der wirklich gemeingefährliche Handlungen mache und entweder ins Irrenhaus oder in Untersuchungshaft gehöre, verbittet, von ungesetzlicher Verhaftung, geisteskrankem Arzt, Schwindeleien, falschen Berichten, Entstellungen redet und jammert; dann kommt der „verrückte *Bundschuh*", „erlogene Akten mit schmutzigem Beweis", nochmals jener Beamte des Bezirksamts, nochmals „Chikane und Mißhandlungen des verrückten Arztes *Bundschuh*", Klagen und Jammern, despektierliche Redensarten über den Bezirksrat F. und den adligen Amtsvorstand. Obwohl das von dieser erbitterten Kollektion überschüttete Bezirksamt mit vorbildlicher Kürze antwortete, beschrieb G. alsbald die ganze Rückseite eng voll, vom Beamten G. über angebliche unflätige Ausdrücke (im Anschreiben des Bezirksamtes) und



über langes Geschimpf und Gejammer hinweg bis zum — Leutnant v. Brüsewitz sich verirrend.

In der großen Lebensbeschreibung vom 14. 3. 10 betritt schon auf Seite 3 der böse Feind R. die Szene und bleibt nun Mittelpunkt der Ausführungen. Erst auf Seite 24 kommt G. wieder dazu, seine biographischen Daten aus der Jugendzeit fortzusetzen!

Es möge mit diesen Beispielen sein Bewenden haben. Wenn wir bedenken, daß G. Briefe in schier unzählbarer Menge Jahr um Jahr versandt hat, so müssen wir zu dem Urteil gelangen, daß G. unfähig ist, etwas zu lernen, sich psychisch im Sinne sozialer Brauchbarkeit weiterzuentwickeln. Denn alle diese Briefe haben dem G. nicht den geringsten Nutzen gebracht, sondern sie haben ihm schwer geschadet, die Leute zwecklos gereizt, ohne jeden Wert vor den Kopf gestoßen, immer neue Widerwärtigkeiten, Erregungen und Verluste über G. selbst heraufbeschworen. Trotz alledem hat G. nicht die leiseste Milderung seiner Taktik angenommen, er ist vielleicht eher zunehmend schärfer und faseliger geworden. Alle diese Briefe beweisen aber auch das, was wir beweisen wollten, eine geradezu antisoziale Hemmungslosigkeit und eine ungewöhnliche Urteilsschwäche. Eine wilde Lust am psychischen Sichentleeren, eine Art von Ventilbedürfnis scheint bei G. alle Vernunft zu ersticken.

... In Emmendingen befindet G. sich wie gesagt seit 12. 12. 12, also seit über vier Monaten. Während dieser ganzen Zeit ist er abgesehen von unwesentlichen Unterbrechungen andauernd in der Behandlung oder vielmehr Beobachtung des Unterzeichneten gewesen, der sich bemüht hat, die seelische Erforschung nach möglichst allen Richtungen und nach mancherlei Methoden der Untersuchung durchzuführen. Dies ist gelungen dank dem Verhalten des G., der anfangs lange Zeit gehofft zu haben scheint, den Unterfertigten von seiner vollkommenen geistigen Gesundheit überzeugen zu können, und infolgedessen sich mit sieghafter Sicherheit herausließ, später aber, als die Enttäuschung aufdämmerte, durch den damit einhergehenden Affekt zu überaus bezeichnenden Offenherzigkeiten hingerissen wurde, was freilich auch von vornherein schon oft der Fall gewesen war, nämlich jeweils dann, wenn das erregende Thema — die Verfolgung durch das Komplott — irgendwie angetippt wurde.

Es liegt außer jedem Zweifel, daß G. es mit seiner Stellungnahme heiliger Ernst ist, daß er im guten Glauben seinen Kampf als eine hehre Mission ansieht. In vollem Umfange hat er das gute Gewissen seiner Psychose. Gleich im Beginn apostrophierte er den Unterzeichneten mit den Worten: „Von Ihnen hängt jetzt mein Schicksal ab!" Dieses Diktum, welches eigentlich schon ein recht vielsagendes Programm bedeutet, drückt deutlich das Schiefe in G.s Auffassungsart aus: wohl richtet sich sein Kampf gegen Behörden, aber überall ist, abgesehen von der Zentralgestalt des R., ein Einzelner der momentane Träger der Ranküne, überall macht G. aus einem Bestimmten den Sündenbock. ... Unwillkürlich denkt man an die Mythologie der primitiven Völker, die alles ihnen Unerklärliche durch Personifikation belebten und verdeutlichten.

... Diese allmähliche Charakterreifung ist nun in hohem Grade



davon abhängig, was der Mensch erlebt und da wiederum davon, wie er es erlebt, weiter aber davon, in welcher Weise er späterhin seine Erlebnisse einordnet, welche Stellung er zu ihnen nimmt, und welchen Nutzen er daraus zu gewinnen versteht. Denn das Material der Vergangenheit wächst ja immer riesenhafter an und erlangt damit eine täglich stärker wuchtende Wichtigkeit für das ganze Seelenleben. Das kann sehr segensreich sein für den Betreffenden, indem es gute Anlagen zu hervorragenden ansteigen läßt oder weniger gute zurückbildet, es kann aber auch sehr verhängnisvoll sein für den Betreffenden, indem es schlechte Anlagen ins schroff Antisoziale steigert oder gute erdrückt.

Welche Stellung G. seinen Erlebnissen zuweist, und welche Folgerungen er aus seinen Erfahrungen zieht, haben wir für die zurückliegende Zeit schon klargelegt. ... Jede reinliche Scheidung wird abgelehnt, aber selbst jeder Kompromiß, jedes Abwarten. Die Geduld wie der Humor ist verpönt. G. wird nicht ruhiger und reifer, sondern immer einsamer, immer unglücklicher und immer antisozialer.

Auch hier bei uns hat sich G. als unfähig erwiesen, seine Stellungnahme zu den beherrschenden Ideen seines Lebens und zu seinem ohne Wanken durchgeführten Auftreten einer Revision zu unterziehen. Als Spinne im Netz sitzt und bleibt sitzen R.: „R. und die Gemeinderäte machen die ganzen Intriguen, Willmann ist nur angestifet worden durch R.“ (wörtlich am 21. 1. 13, bezieht sich auf die Affaire vom Februar 06), die Anzeigen der Gendarmen seien „lediglich Racheakte“, in seinen Akten ist „alles Schwindel, was da drinnen steht“, „das Bezirksamt“ „erstrebt“ „seinen wirtschaftlichen Ruin“; alle Unzuträglichkeiten und Zwischenfälle rühren nur davon her, daß er an seinem „Rechte gehindert“ ist, „es kommt alles nur von dem einen her, und das ist der R.“ (27. 12. 12). „Ein Gendarm L. und Genossen bezeichnen jeden, der die Wahrheit spricht, als unglaubwürdig und meineidig“; „die Bosheit der U.er kann niemals entlarvt werden, solange ich (G.) als Geisteskranker behandelt werde; zu bedauern ist, daß dazu die ärztliche Wissenschaft das Werkzeug sein muß“ (Mitte Februar 13). „Der Bürgermeister H., als Werkzeug von R., L. und Konsorten, ist ja nur die Veranlassung, daß der Staatsanwalt den Entmündigungsantrag gestellt hat“ (28. 3. 13). Wenn er — G. — für geisteskrank erklärt werde, so geschehe das stets nur, „weils der Staatsanwalt haben will“, „die Ärzte sind schuld“ und ihre angebliche Überzeugung kommt „von oben, von den Behörden“ (26. 3. 13). „Die Richter machens auch so wie die Irrenärzte, die gehen auch nicht nach ihrer Pflicht“ (15. 4. 13).

G.s Haltung gegenüber den gravierenden Vorkommnissen von früher sowie gegenüber den Erlebnissen in der Schweiz ist selbstverständlich nicht minder unerschütterlich, desgleichen seine Stellungnahme gegenüber dem Drohbrief an den Rechtsanwalt B. G. weist jede Konzession mit fossiler Beharrung von sich und läßt einen jederzeit hören, daß er — G. — im Rechte war, so zu schreiben, weil er der Provozierte und Mißhandelte war. Ein Vorwurf treffe dagegen den Adressaten, der durch Preisgabe jenes Briefes seinen Eid verletzt habe. Ein einziges Mal schienen unter den eindringlichen Worten des Unterzeichneten dem G. nachträgliche Bedenken zu kommen, aber sie bezogen sich mehr auf die Folgen





des Briefes als auf den Brief selbst. G. möchte diese sehr fatalen Folgen, welche für jeden halbwegs Klardenkenden vorauszusehen gewesen wären, aus der Welt schaffen, ohne die Ursache zu beseitigen.

Den Illenauer Anstaltsarzt Dr. *Bundschuh*, welcher das Entmündigungsgutachten abgab, hatte G. mit seinem besonderen Hasse beehrt. Nicht einmal diese meist geradezu grotesken Invektiven ist G. geneigt zurückzunehmen oder auch nur einzuschränken. „*Bundschuh* ist nur von den Akten abhängig“ (Februar 13); „*Bundschuh* hätte es nicht getan (so wie geschehen geurteilt), wenn er mehr Wissenschaft hätte“ (24. 2. 13); er „versteht nichts“, „er schreitet als Streber übers Ziel“; er habe gegen seine Überzeugung gehandelt, denn „er hält mich nicht für krank“ (4. 3. 13); „ein Orden ist ihm lieber als mehrere tausend Mark, denn er hat eine reiche Frau“; „er tat gegen seine Überzeugung“ (14. 3. 13); „von *Bundschuh*-Gutachten will ich (gereizt und zornig:) nichts mehr wissen — nichts!“ (14. 4. 13); „*Bundschuh* ist eine strebende Person, der den betreffenden Beamten ihren Wunsch erfüllt, um eher zu hoher Stellung zu gelangen“ (diesen Absatz aus seinem Schreiben ans Amtsgericht vom 9. 2. 10 hält G. trotz gütlichsten Zuspruchs von A bis Z aufrecht!). „Wenn der *Bundschuh* klug gewesen wäre, hätte er mich nicht für entmündigungsfähig erklärt. Da blamiert er sich doch als Arzt! Er hat nur dem Staatsanwalt zu Gefallen so geurteilt. Er hat eben gemeint, er will ’n Orden bekommen“ (25. 3. 13). „*Bundschuh* ist verrückt; er ist so verrückt, daß er gar nicht gewissenlos sein kann!“

Alle diese eindeutigen Freundlichkeiten sind getan während ruhiger Vormittagsstunden, im Sitzen, in möglichst heiter geführter Konversation und zu den verschiedensten Zeiten. Wir haben deshalb die genaueren Daten angefügt. Einzig die letzte produzierte G. nach Konsum eines Liters Rotwein. Dieser kleine Rauschversuch hatte lediglich die Wirkung gehabt, den G. in eine etwas gehobene Stimmungslage zu versetzen, hat uns aber gerade hierdurch bewiesen, daß G. auch in recht jovialer Laune keinen Pardon gibt, und weiter, daß eventuelle Alkoholexesse draußen auf G.s Gesamtverhalten ebensowenig einen ungünstigen Einfluß gehabt haben werden wie hier bei uns die im übrigen strickt durchgeführte Abstinenz einen günstigen. Das Antisoziale, das Krankhafte bei G. sitzt eben tiefer.

... Wir haben in seinen zahlreichen hier verfaßten Briefen Erzeugnisse, die der Ausdruck der gleichen psychischen Vorgänge sind, wie die eine Tat, eine Handlung s. str. vorbereitenden, nämlich Stimmungs- und Denkabläufe, deren Dauer die Möglichkeit von Hemmungseinschaltungen bietet, und deren Eigenart zu einer zweckvollen Reihe von koordinierten Bewegungen führt. Das Aufrechterhalten eines scharf pointierten Urteils im Ringen einer wichtigen Unterredung ist eigentlich auch schon etwas einer Tat ähnliches. Wie wir sahen, hat G. dabei sich nicht des leisesten Maßhaltens befleißigt, vielmehr unsre schlimmsten Befürchtungen übertroffen.

Als Briefschreiber war G. auch bei uns sehr fruchtbar. Keinen seiner Briefe, die großenteils offizielle Urkunden darstellen, haben wir ihn schreiben lassen, ohne ihn auf die Wichtigkeit der kühlen Vorsicht, der klugen Ruhe und der guten Form hinzuweisen.



In einem Briefe an die Schwester vom 16. 12. schreibt G., die Feinde wollten ihn „stürzen". Im Januar erklärt er dem Amtsgericht, R. habe einen Haß auf ihn, der sich in den letzten Jahren bis zum höchsten steigerte. Am 9. 1. schreibt G. an seinen einen Rechtsanwalt: „Der Staatsanwalt hat sofort das Entmündigungsverfahren gegen mich beantragt, offenbar weil ich mich gegen das Unrecht wehrte"; am 19. 1. an seinen andern Rechtsanwalt: „Es wird nichts untersucht, deshalb mußte mein Sohn fallen. Die Aussagen der Ortsbehörden sind erdichtet"; R. nennt er seinen „Erzfeind". An denselben 2 Tage später: „Unwahrheiten von Bürgermeister, Gendarmen, Bezirksärzten". „Diese Unwahrheiten hat offenbar Gendarm G. der Behörde zugebracht, aus Rache". Am 29. des gleichen Monats an seinen inhaftierten Sohn: „man hat mich nur deshalb hierher verbracht, um meine Aussagen zu entwerten, weil ein Mensch in der Irrenanstalt nichts gilt". Am 7. 2. schreibt G. trotz aller Ermahnungen zur Sachlichkeit an die Schwester einen langen Brief, an dem gut drei Viertel überflüssige Klagen über die alten, hundert mal besprochenen Geschichten sind. Während der Zweck dieses Briefes lediglich der ist, der Schwester zu erklären, daß sie vom Anwalt zu unrecht auf 100 M. verklagt sei, springt G. alsbald auf seine Querelen ab, auf das Gutachten *Bundschuh*, erzählt von drei, vier andern Rechtsanwälten, von seinem Sohn, von der falschen Behandlungsweise hier in Emmendingen. Als der Arzt diesen Erguß zurückweist, weigert sich G. eine verbesserte Auflage zu redigieren, benutzte vielmehr den frischen Bogen dazu, ihm die Sache nochmals zu erklären und an seine Gewissenhaftigkeit als Psychiater mit ernstem Vorwurf zu appellieren. Am 20. 2. lehnt G. auch den neu ernannten Vormund ab und schreibt, wiederum über Dämme und Deiche strömend: „Die ganze Entmündigung ist nicht, um mein Vermögen zu schützen, sondern meinen gänzlichen wirtschaftlichen Ruin und meine Arbeit (sic!) herbeizuführen, daß ich in einer Irrenanstalt verbleiben muß. Um dieses Ziel zu erreichen, wird die psychiatrische Wissenschaft benutzt, deren Akten mit unwahrem Inhalt vorgelegt werden, woraus sie blindlings ihre Schlüsse ziehen und mich dem Neuheitswahnsinn (Querulantenwahnsinn) begutachten müssen. Bis heute ist es gelungen, die Wissenschaft (das höchste Gut der Welt) zu mißbrauchen. Ob es so weiter geht, glaube ich doch nicht, denn das wäre doch ein Hohn der deutschen modernen Psychiatrie." Am 24. 2. folgt ein vier Seiten langer Brief an den Vormund; G. sagt darin über das Entmündigungsverfahren: „es wird überhaupt nie dazu kommen (die Unterstreichung ist auch im Original), da der Wunsch der Gewaltigen in U. vorher noch zu Wasser wird". Am 3. 3. an den Rechtsanwalt: „die Gendarmen verdunkeln stets die Sache". An denselben: 29. 3. „Die Grabungen in meinem Hof" — das ist der Wasserstreit, der dem Baumfrevel vorausging — „wurden nur gemacht, um Stoff zu Streitigkeiten zu bekommen". Der Zweck eines Schreibens vom 31. 3. ist, den Rechtsanwalt zum Protest gegen die verfügte Zwangserziehung des Sohnes zu ermächtigen: G. bringt jedoch vier enggeschriebene Seiten voll über die zurückliegende Sittlichkeitsaffaire des Lehrers S., sagt zwar mit einem Anflug von Urteilsfähigkeit, „Der Fall S. hat wohl nichts mit meiner Sache zu tun", fügt aber sogleich hinzu „nur ist er ein Beweis,



wie L. und Genossen ihre Opfer angreifen und sie gänzlich zu vernichten suchen", geht dann über zu der Baumfrevelangelegenheit und vergißt über alledem vollständig, den Adressaten bezüglich seiner Haltung zu informieren, so daß er das in einem zweiten Schreiben nachholen muß. Ein vierseitiger Brief an den Rechtsanwalt vom 5. 4. weist folgenden Gedankengang auf: G. fordert Einsprache gegen die Zwangserziehung, erklärt die Schätzung der abgesägten Bäume für zu hoch, schimpft über den Polizeihund, erklärt Personalien, berichtet, der inhaftierte Sohn sei krank, schimpft über den Staat und die Psychiatrie, jammert über seinen Hof, erzählt seine schlechte Behandlung früher, jammert über seine Felder, raisonniert über die Allmacht der Ärzte, schimpft über den Direktor der Illenau, erzählt lang und breit die Dummheiten der Illenauer Ärzte.

Jede Kritik des aufs freundschaftlichste sich bemühenden Arztes an dieser sinn- und nutzlosen Art und Weise, eine Sache zu führen, beantwortet G. mit erbitterten Tiraden à la: „no ja — ich soll mir halt alles gefallen lassen, ich soll sagen ‚ja, ja, ich habe alles das angestellt', nur damit meine Feinde triumphieren dürfen!"

Das sind die Erfolge der hiesigen Behandlung!

Gewiß, das Schicksal spielt dem G. bös mit. ... Indeß, es müßte wunderlich zugehen, wenn einem Normalen dergleichen geschehen sollte. Selbst gesetzt aber diesen Fall — der Normale würde sich gänzlich anders verhalten. Auch dem Normalen werden unangenehme Erlebnisse selbstverständlich zu Unlustgefühlen, zu entsprechenden Affekten, allein sein Seelenleben folgt dem Gesetz der abklingenden Reizwirkung; die Zeit lindert, was fehlende Selbstzucht etwa noch weiter schwären ließ. Das Affektleben G.s dagegen gehorcht dem Paradoxon jenes Gesetzes: bei ihm wirkt die Zeit eher verschärfend. Die Reaktionsform G.s ist durchaus pathologisch. Nicht nur das kitzliche Thema, sondern schon Nennung eines der verhaßten Namen wirkt wie ein chemisches Augenblicksreagens: G. wird finster, blaß, unruhig und bricht los: videantur die Unterredungen und die Korrespondenz! Ursache und Wirkung hängen so hemmungslos, so lückenlos zusammen wie Reiz und Reflex im physiologischen Experiment. G. wird da zum psychischen Automaten. Besonders rein trat dies in Erscheinung bei der experimentellen Prüfung durch Reizfragen und Reizinterjektionen. Und dann ist da kein Halten mehr: weder ein kräftiges „Vater G.!" des Unterfertigten noch auch ein gutmütiges Auslächeln, weder beschwichtigendes Handwinken noch bekümmertes Kopfschütteln vermögen den Kranken zur seelischen Ordnung zu rufen. An sich läßt sich dabei G. diese Versuche gefallen, bis vor kurzem war ihm der Unterzeichnete ganz sympathisch, G. nannte ihn wissenschaftlich und klug, gab sogar zu, der Arzt sei klüger als er und äußerte mit voller Entschiedenheit zu ihm: „Sie sind gescheidter als der *Thoma* und der *Bundschuh* zusammen". Aber im übrigen hat das auch nichts genützt. Und dies alles, obwohl G., wie Versuche uns bewiesen haben, die Fähigkeit zur Begriffsbildung, zur Abstraktion, in ausreichendem Maße besitzt!

Vor diesem wahrhaft selbstmörderischen Affekte G. zu schützen ist kaum möglich, weil fast nichts mehr zu finden ist, was nicht mit dem überwertigen Verfolgungskomplex assoziiert wäre. Hier in der Anstalt

erinnert ihn alles daran, daß er der Freiheit beraubt ist — natürlich durch die Verfolger; draußen auf seinem Hof, auf seinen Feldern gedenkt er des Schadens, der erwachsen ist durch seine langen Fernhaltungen, an welchen natürlich die Verfolger schuld sind; der Anblick seiner Kinder erinnert ihn an die Wasserprügelei, der seines Sohnes an das Strafverfahren und an alles andere böse; im Hof ist die ominöse Wasserleitung, rechts und links ragen die Häuser seiner Feinde; in der Zeitung, die er liest, stehen Dutzende von Reizworten. Es erübrigt sich der Nachweis, daß ein dauernd ungestörter Handel und Wandel, ein Besorgen der Angelegenheiten in der Weise des Normalen unter solchen Umständen ausgeschlossen ist. Das Gewicht liegt nicht auf der Tatsache, daß G. zwischendurch sich als guter Landwirt bewährt hat, sondern auf der ebenso unleugbaren, daß er immer wieder und wieder damit aussetzen mußte.

Man könnte sich vielleicht denken, daß G. in gänzlich neuer Umgebung, im fernen Land, als Robinson einer Insel, sich normal verhalten würde — vielleicht! Allein auch dorthin würde ja G. sein Erinnerungsmaterial mittragen, und wie das aussieht, wie das wirkt, wissen wir. Damit ist aber ausgesprochen, daß nicht nur eine psychische, innere Heilung ausgeschlossen ist, sondern auch eine äußerliche Heilung, eine Sozialisierung, eine Neuakklimatisation. Das Schlechte der Prognose ist universal.

Nach alledem können wir es uns ersparen auseinanderzusetzen, welchen Anteil die eigentliche paranoische Wahnbildung an G.s Auffassung hat. Es ist das im einzelnen keineswegs so einfach, denn es handelt sich ja hier nicht um Wahnideen wie bei Gehirnerweichung, die schon durch ihren Inhalt, den uferlosesten Größenwahn, verraten, weß Geistes Kind sie sind, sondern um die in gewisser Beziehung kleinstädtischen, hausbackenen Kirchturmsideen der Querulanten.

Wie wir aber vorhin schon andeuten durften, ist es weniger bedeutsam, was der zu Begutachtende glaubt, als wie er dazu gekommen ist, es zu glauben. Die konstruktive Technik des Aufbaues ist belehrender als der fertige Hochbau.

Das gedankliche Verfahren G.s in der Feststellung seines subjektiven Tatsachenmaterials haben wir schon kennengelernt. Einiges sei noch nachgetragen.

Nach G. ist die Anzeige des Gendarmen G. gegen ihn „lediglich Racheakt". Als Beweis genügt G. das Motiv: „weil ich ihm nichts pumpte und ihn mit Schmutzkerl titulierte".

Wie mehrfach angeführt, erquickt sich G. gern an dem Gedanken, Gottes Finger habe den Vorsitzenden und etliche andere, die ihm zu Leid gelebt, hingerafft. Die Begründung legt G. lediglich in die Tatsache des eingetretenen Todesfalles; die vielen andern, die noch leben und gegen ihn konspirieren, erschüttern seinen Glauben nicht. Einmal repliziert er als Beweis für diesen übernatürlichen Zusammenhang: „weils eben nicht wahr war, was er tat" (d. h. die gerichtliche Entscheidung). Mit andern Worten: weil er — G. — dies letztere glaubt, muß es wahr sein und muß Gott, als der unglückliche Vorsitzende gegen diese G.sche Wahr-



heit verstößt, eingreifen! Man bedenke: G.s Auffassung I stützt G.s Auffassung II und gleichzeitig stützt G.s Auffassung II G.s Auffassung I!

Nach G. instradiert R. (mit den Gemeinderäten) den ganzen Kampf. Als Beweis hörten wir: „Die Sache mit R. ist kein Wahn, die Feindschaft hat sich von meinem Vater auf mich übertragen".

Den Beamten des Bezirksamts G. erklärt G. für geisteskrank. Beweis: „Aus den hohlen Augen und aus dem ganzen Gesicht G.s läßt sich auf Geisteskrankheit schließen". In dieser Ansicht habe ihn ein Arzt bestärkt, den er — G. — als — Geisteskranken in der Illenau kennengelernt habe!

G. glaubt, der Bezirksarzt habe sich bei Abfassung des ärztlichen Zeugnisses vom Bürgermeister zu seinen — G.s — Ungunsten beeinflussen lassen. Beweis: „Ich glaubs mal!" und: „Weil nicht wahr ist, was er schreibt!"

G. behauptet, Postbote G. habe (in der Angelegenheit der anonymen Schmähbriefe) wider besseres Wissen zu seinen Ungunsten ausgesagt. Beweismaterial: „Postbote G. hat durch einen gewissen I. von U. ein Fahrrad bezogen. Das allgemeine Gespräch war, R. habe es bezahlt, G. nur bestellt". G. nimmt demnach, bestenfalls nur auf Dorfklatsch hin, als sicher an, daß G. nicht das Rad bezahlt hat, daß R. es ihm bezahlt hat, und drittens, daß G. durch dieses Geschenk sich hat bestechen lassen. Sämtliche Prämissen sind erspekuliert, dennoch schwört G. auf seinen „Beweis".

Dr. *Bundschuh*-Illenau habe das Entmündigungsgutachten wider seine Überzeugung abgefaßt. Beweis: „Wenn einer so Gutachten macht und schreibt so Sachen! Er hat ja auch einen zu spät entlassen! Und er hat eben alles mit dem Oberwärter gemacht!" Ferner die „Verrücktheit' Dr. *Bundschuhs* betr.: „Das ist doch nichts vernünftiges, wenn einer solche Gutachten macht!"

... G. behauptet steif und fest und durchaus summarisch, die Ärzte schalteten willkürlich. Er beruft sich als Beweis auf eine angebliche Redensart des Bezirksarztes B., der ihm gesagt habe: „in meiner Hand liegt es, ob Sie bestraft werden oder nicht".

Der mehrfach erwähnte Statthalter in der Schweiz soll vom Bürgermeister L. zu U. gegen G. verhetzt worden sein. Beweis: G. hat zweimal den Statthalter (Art lokaler Polizeichef!) mit dem Bruder jenes L. auf der Straße zusammen gesehen! Auf Einwürfe entgegnet G. eigensinnig: „Ich glaubs halt. Gleich darauf ist die Sache mit mir losgegangen!"

Nicht minder soll dieser Statthalter die unsaubere anonyme Kartenschreiberei in der Schweiz „mindestens veranlaßt" haben. Beweis: G. „stand schlecht mit ihm und der Statthalter hat dann die Sache so eifrig verfolgt".

Als vor wenigen Tagen die Rede wieder auf R. gebracht wurde, bezeichnete G. ihn abermals als den Schreiber der anonymen Briefe (von 1900). Beweis: „Ich nehme es an, ich bin überzeugt davon!" Das Tertullianische credo quia absurdum wird hier Ereignis!

Im Gegensatz zu diesem Parkett von Schurken G.scher Provenienz, die sich gewissenlos und verschmitzt an seiner Tragödie weiden, steht die Schwester. Ihr glaubt G. alles, selbst überaus kühne Konjekturen,



sofern sie nur der Gegenpartei was anhängen. Begründung: „Weil sie mich noch nie angelogen hat".

... Resümierend müssen wir folgendermaßen sagen: an und für sich könnten alle jene G.schen Unterstellungen wahr sein. Aber die Beweisführung ist so, daß sie nicht nur nichts erhärtet, sondern sogar alles eher ins Unwahrscheinliche kehrt. Damit kann man alles beweisen, aber niemanden überzeugen. Beides ist G. einzusehen unfähig. Wir gestehen ganz offen, daß uns anfangs manche der G.schen Erzählungen ganz glaublich erschienen war. Erst als, mittelst zahlloser Sitzungen, G. uns die Intimitäten seiner Rüstkammer geoffenbart hatte, da waren wir belehrt. Wer mit solchen Methoden des Denkens operiert wie G., ist behaftet mit den gleichen psychischen Fehlern wie der Produzent der allerüppigsten fixen Ideen, ist krankhaft bis ins Mark selbst dann, wenn er mal die Wahrheit treffen sollte.

Am überzeugendsten freilich wirkt auf den Beobachter der Vorgang der Wahnbildung selbst, der Wahn in statu nascendi. Die Entstehung von Neuwahn unter unsern Augen haben wir wiederholt verfolgen können.

... G. hatte wiederholt erklärt, er sei am 4. 11. 12 (Tag der Wasserprügelei) von seinen Widersachern dermaßen gehauen worden, daß er tagelang unter den größten Schmerzen schlaflos das Bett habe hüten müssen. Wir hatten dieserhalb an den damals behandelnden Arzt geschrieben, und der hatte erwidert, G. habe damals nur unbedeutende Hautabschürfungen gehabt; seine Beschwerden seien mindestens stark übertrieben gewesen, offenbar um seinen Gegnern eine gehörige Suppe einzubrocken. Er — der behandelnde Arzt — habe dem G. auch diese seine Überzeugung nicht verhehlt. Als wir das dem G. vorhielten, war er außerordentlich empört und formulierte nun alsbald folgende Auffassung: „Da haben sie ihm den Kopf wieder vollgemacht. Das hat man ihm nachher beigebracht", und auf die Frage ‚wer denn?' mit sieghafter Überlegenheit „Ja — der L.". Ja G. erklärt es sogar für sehr möglich, daß der genannte Arzt mit unserm Frageschreiben zum alten L. gegangen ist und ihn gefragt hat, was er uns hierher antworten solle! Später wußte G. sogar über die Gedankengänge des Arztes Bescheid: weil die Witwe Z., welche als Zeugin „die Wahrheit" gesagt, „deshalb" übel angelaufen sei, habe der Arzt Angst bekommen, nicht gewagt „die Wahrheit" zu sagen und lieber so wie geschehen an uns geschrieben! Und am 15. 3. äußerte G. an seine Schwester über den Fall: „daß alles aufgebürdet wird, geht aus dem Schreiben des Arztes an die hiesige Anstalt hervor". Ein solches Benehmen sei unerhört: „Entweder versteht er nichts und läuft nur, um Geld zu verdienen, oder er ist zu feige, die Wahrheit zu sagen". Dieser Arzt dürfe nicht mehr ins Haus!

Eines Tages überraschte G. den Unterfertigten mit den Worten: „Man hat ja jetzt sogar versucht, den hiesigen Stadtpfarrer hinters Licht zu führen!" Dem lag nichts weiter zugrunde als die Tatsache, daß dieser Geistliche, der die Katholiken der Heilanstalt pastoriert, dem G. einen Gruß seines Amtsbruders L. — aus der U.er Familie dieses Namens! — ausgerichtet hatte. Zweifellos ein vielleicht nicht eben glücklicher aber doch harmlos pazifistischer Versöhnungsgedanke jenes Priesters! G.

indeß frug empört und mißtrauisch, was der ihm Grüße zu schicken habe, und resümierte wortwörtlich: „Da sieht man, daß man alle Hebel in Bewegung setzt, daß ich hier bleibe!"

... Eine ähnliche Enttäuschung wie mit seinem Hausarzte mußte G. mit dem Illenauer Arzt *Thoma* erleben, der ihn seinerzeit für entlassungsfähig erklärt hatte. G., der mit höchster Bestimmtheit behauptet hatte, *Thoma* habe ihn direkt für geistig gesund erklärt, mußte sich überzeugen, daß auch *Thoma*, der ebenfalls uns auf Befragen das Gegenteil bestätigte, ihn Lügen strafte. Von Stund an war *Thoma* wie vorher der Hausarzt bei G. disqualifiziert, und dieser säumte nicht, seinem Rechtsanwalt zu schreiben (5. 4. ds.): „Obschon Dr. *Thoma* mich laut eidlichen Zeugnisses im letzten Jahre in Sache K. als geschäftsfähig während des Aufenthaltes in der Illenau erklärt hatte, schrieb er kürzlich hierher, daß er mich für krank gehalten habe, offenbar um Einfluß hierher zu verüben". Die Unterstreichungen sind originalgetreu.

Manchmal treten diese wahnhaften Neuschöpfungen mit der Plötzlichkeit eines délire d'emblée ans Tageslicht, so als G. einen jähen Haß gegen den Hauswärter demaskierte, der weiter nichts getan hatte, als auf Befehl des Unterfertigten dem G. das Briefpapierquantum zu begrenzen. Ohne weiteres machte G. dem Hauswärter ins Gesicht den Vorwurf „Sie sind schuld!" und befragt wieso, entschied er kalt: „Ich nehms an!", „weil er sich überhaupt viel erlaubt" und schließlich: Der Hauswärter sei roh gegen die armen Wärter; „deshalb" (sic!) habe er — der Hauswärter — ihm — dem G. — nur einen kleinen Bogen Briefpapier gegeben! Auch in diesem Falle konnte ärztliches Bemühen nur die Unheilbarkeit feststellen.

Diese prinzipielle Unüberlegtheit in eigener Sache ist um so eigenartiger, als G. bei unpersönlichen Thematen eine schlaue Vorsicht zeigen kann, so als er sich vor einiger Zeit weigerte, über ein internes Vorkommnis auf der Krankenabteilung zu berichten, und dies nachher damit motivierte, er habe in seinem Leben die Erfahrung gemacht, besser zu schweigen! Würde G. öfter von dieser Erfahrung Gebrauch machen, so wäre manches anders gekommen!

Also kleine, fast könnte man sagen: keine Ursachen — große Wirkungen! Es sind das alles mehr als Anekdoten. Es sind Lebensäußerungen eines Geistes, der triebartig, determiniert, dem Ungesunden verfällt.

Uns obliegt aber die Pflicht, tiefer in das psychische Instrumentarium des G. einzudringen, zu erforschen, wie es kommt, daß dieser Mann, der in guten Stunden einen ganz vortrefflichen Eindruck auf den oberflächlichen Beobachter machen kann, zu solchen Irrungen und Wirrungen sich verleiten läßt.

... Wir kennen Paranoiker, von Wahnideen behaftete, welche hiervon so wenig merken lassen, daß ihre Seelenstörung praktisch partiell und demnach Privatangelegenheit bleibt: sie sind an fixen Ideen erkrankt, werden aber nicht von ihnen beherrscht. Leider besitzt von dieser Kraft der inneren Abwehr G. nicht die leiseste Spur.

... Das bisher beigebrachte Material über G. illustriert neben unschönem Charakter seine seelische Hemmungslosigkeit, seine



Urteilsschwäche, seine krankhafte Eigenbeziehung und auch schon gründlich und reichlich seine Minderwertigkeit im logischen Denken.

Wir müssen aber doch noch eine Anzahl von besonders bezeichnenden G.schen Gedankeneskapaden wiedergeben. In jedem einzelnen Falle hat der Arzt dem G. widersprochen bzw. aus seinem Befremden kein Hehl gemacht, und dennoch hat G. unerbittlich seine Äußerungen aufrechterhalten.

Die Vorwürfe und Verdächtigungen gegen die Gendarmen will G. dadurch akzeptabel machen, daß er Fälle beibringt, in denen sich ein Gendarm mal irgendwie vergangen hat!

Seine unausrottbare Neigung zu entsetzlich weitschweifigen Schreibereien beschönigt G. damit, daß Dr. *Bundschuh*-Illenau, der doch als normal gelte, ein Gutachten von über 50 Seiten geschrieben habe!

Daß er — G. — geistig gesünder sei als der Beamte des Bezirksamts beweise die Tatsache, daß dieser ihn nach der Illenau gebracht habe!

G. ärgert sich, wie begreiflich, sehr, wenn der Arzt seine Vorgeschichte berührt; er erklärt das für total ungehörig und unsachlich, weil ein Arzt, der einen Beinbruch heilen wolle, auch nicht zu wissen brauche, was vor zehn Jahren vorkam! Daß die geistige Persönlichkeit sich in Dezennien entwickelt, während der Beinbruch das Werk eines Augenblickes ist, das macht G. keine Skrupel, obwohl er sich diese Binsenwahrheit sagen lassen muß.

Das Erstaunen des Arztes über seine eigenartigen Briefe an die Behörden pariert G. mit dem Hinweis auf die Affektverbrecher v. Brüsewitz und v. Goeben!

Der Diensteid der Gendarmen sei nicht zuverlässig, da sie keine akademische Bildung hätten!

Bei einer Reihe höherer Beamter vermutet G. Verrücktheit, weil in der Illenau verschiedene höhere Beamte als Kranke weilten!

G. erklärt mit eiserner Beharrlichkeit — und dies ist geradezu wie ein Wappenspruch —: „Ich muß als geisteskrank gelten, weil den Akten geglaubt wird". „Wenn Sie" (gegen den Unterfertigten gerichtet) „wie *Bundschuh* urteilen, so sind Sie auch von den Akten abhängig!"

Ein gewisser P. wird als total unglaubwürdig hingestellt, weil er trinke und seine aus der Illenau versuchsweise entlassene Frau zu schwängern pflege!

„Hier in Emmendingen wird scheints die Sache in die Länge gezogen, sonst hätten Sie doch das Gutachten schon gemacht", apostrophierte er den Unterzeichneten am 23. 2., 8 (acht) Tage nach dem gerichtlichen Entmündigungstermin!

G. glaubt, daß das künftige Reichsirrengesetz mehr Leute, die jetzt in Irrenanstalten sitzen, dem Gefängnis zuweisen werde! Es gehört erheblich weniger allgemeine und spezielle Orientiertheit als dem G. vielfach nachgerühmt wird, dazu, um zu einem gerade entgegengesetzten Urteile zu gelangen.

G. erklärt bekanntlich Dr. *Bundschuh*-Illenau für wertlos, weil er das vielberufene Gutachten verfaßte. Auf die Ablehnung dieser Deduktion

führt G. einen zweiten Arzt an, der ebenfalls wertlos sei, weil er ebenfalls gegen G. Stellung genommen hatte, und folgert daraus, daß alle Ärzte wertlos seien: mithin auch Dr. *Bundschuh*!

Andrerseits moquiert sich G. über den Bürgermeister, der sich über G.s Geisteszustand äußerte, „obwohl er doch kein Arzt“ sei!

Der Staatsanwalt benimmt sich „selbst wie ein Querulant“, weil er „gleich wieder“ seine — G.s — Entmündigung beantrage. Tatsächlich sind inzwischen 2 Jahre verflossen! „Wenn der Staatsanwalt wieder die Entmündigung anfängt, dann muß er entweder verrückt sein oder ein Verbrecher“.

Jeden, der zu seinen Gunsten entschieden hat, z. B. in der Frage der Anstaltsbedürftigkeit, der Entmündigungsbedürftigkeit, brandmarkt G. als Feigling: er habe Weiterungen befürchtet!; jeden, der zu seinen Ungunsten entschieden hat, als Schwindler und Verbrecher: er folge dem Staatsanwalt, dem R.-L.-Konzern, oder er sei verrückt!

Bekanntlich hat das Landgericht (durch Entscheidung vom 28. 7. 10) zwar die Entmündigung G.s abgelehnt, jedoch an der Tatsache seiner Geisteskrankheit keinen Zweifel gelassen. G. erklärt dies letztere mit dem unsauberen Einflusse Dr. *Bundschuhs*. Als man ihn fragt, warum denn dieser Einfluß nicht auch die Entmündigung durchgedrückt habe, verkündet G. mit rascher Fassung: „Da ist er ihnen halt zu scharf gewesen!“

... Wie im Kapitel „Wahnbildung“ besprochen, hält auch der andere Illenauer Arzt, Dr. *Thoma*, der G. vor dem Verwaltungsgerichtshof begutachtete, ihn für geisteskrank. G. tut dieses unbequeme Faktum kurz ab, indem er *Thoma* Unkenntnis der Akten vorwirft. Dem andern Illenauer Arzt, *Bundschuh*, der G. gleichfalls für geisteskrank erklärte, wirft dieser bekanntlich fortgesetzt seine Kenntnis der Akten vor! Dem Dr. *Thoma*, welcher sich auf unser Ersuchen über die Frage von G.s Krankheit aus der Zeit des Illenauer Aufenthalts in einer G. desavouierenden Weise geäußert hatte, macht G. ferner den Vorwurf: Wie der jetzt nach 3 Jahren so schreiben könne, wo er ihn 3 Jahre nicht gesehen habe!

Daß sämtliche Ärzte ganz und gar nichts taugten, haben wir schon mehrfach von G. erfahren und auch belegt erhalten. Neu war am 1. 4. folgende Beweisführung: Sein Vater habe, krank, einmal die Arznei nicht genommen und sei doch besser geworden: da habe sich der Arzt über die gute Wirkung seiner Anordnung gefreut!

Mit seinen unhaltbaren Motivierungen für den angeblichen Justizmord an ihm (von 1900) in die Enge getrieben, bringt G. am 16. 4. in allem Ernst als Grund: „Weil man sonst alle Gerichtskosten hätte auf die Staatskasse nehmen müssen“!

G. streicht den hiesigen protestantischen Pfarrer heraus gegen den katholischen, an dem er kein gutes Haar läßt. Aus dieser seiner Aversion, auf deren tiefere Grundlage wir oben bei dem Kapitel „Neuwahn“ zu sprechen gekommen sind, „schließt“ G., daß die Lehre der katholischen Kirche, die protestantische sei minderwertig, falsch sei, und daß „danach“ vielmehr die protestantische Lehre mehr wert sei! Diese Abstrusität verficht G. mit geradezu drolliger Ereiferung.

Jetzt, wo G. merkt, daß der Unterfertigte, der ihm von vornherein



reinen Wein einschenkte, keinen Spaß gemacht hat, schlägt er auch gegen diesen die schärfere Tonart an: „Daß Sie auch und gerade Sie alles aus den Akten nehmen, das sieht man ja daran, daß hier bloß Leute sind, wo das Urteil schon abgeschlossen ist, wo alles schon festgelegt ist in den Akten. Da müssen Sie natürlich alles annehmen! Da dürfen Sie ja keinen gesund sprechen! Sie hängen eben von der Illenau ab!" Daß auch in Emmendingen Kranke entlassen werden, läßt G. kalt.

Wir haben hier ein besonders hübsches Beispiel, wie die irrlichtelierende Logik G.s und seine Wahnbildung ineinander greifen.

Eine beträchtliche Rolle bei der Entstehung von Irrtümern, Schiefheiten und Wahnideen spielt die Funktion des Gedächtnisses. Ein unzuverlässiges, eventuell konfabulativ selbstschöpferisches Gedächtnis ermangelt der reinigenden Schutzkraft beim psychischen Vorgang des Vergleichens und stiftet Schaden, weil es die Autorität der Zeit, die Erfahrung, zu besitzen vortäuscht. Manche Paranoia basiert nur auf solchen Fundamenten.

Nach allem, was bisher zur Sprache gekommen ist, darf mindestens gesagt werden, daß G. ein ganz zuverlässiges Gedächtnis nicht besitzt. Hieran wird nichts geändert durch die Tatsache, daß G. manche sozusagen rein statistische, untergeordnetere und außer Kontakt mit erregenden Beziehungen stehende Dinge präzis rekapituliert, z. B. die Werke seiner nicht unbedeutenden Bücherei. Es unterliegt allerdings außerdem gar keinem Zweifel, daß G. weit entfernt ist, sich ängstlich an die Wahrheit zu halten, sofern es um seine Interessen geht oder um das, was er dafür hält. Wir haben ihn mehr wie einmal auf einer bewußten Unwahrheit festnageln müssen. Das hat jedoch für uns nicht die gleiche Bedeutung wie die Gedächtnisleistung, weil Unwahrhaftigkeit mehr willkürlich, mehr Charaktereigenschaft und überdies dem G. in seiner Situation, wie sie für ihn nun mal sich darstellt, nicht weiter zu verübeln ist.

Wie wir berichteten, hat sich G. mit seiner Berufung auf früher behandelnde Ärzte keine Lorbeeren geholt. Vielleicht wird noch erinnerlich sein, daß G. in seinem Briefe vom 22. 12. 11 an die Direktion der Illenau sich darüber beklagte, daß Dr. *Thoma* ihn für krank erkläre. Damals wußte er es also. Ende März d. J. wollte G. uns einreden, *Thoma* habe damals erklärt, er — G. — sei geistig gesund und auch nie krank gewesen. Am 1. 4. d. J. bestritt G. glatt diese seine Worte und versicherte am Tage darauf: „Ich habe noch nie direkt gesagt, daß *Thoma* mich für gesund erklärt hat". Es war das merkwürdigerweise an dem Tage, an welchem man ihm die enttäuschende Antwort *Thomas* bekanntgegeben hatte, die dann alsbald der Sockel einer neuetablierten *Thoma*feindschaft wurde. Und endlich am 6. 4. d. J. bestreitet G. einfach alles, was der unterzeichnete Arzt und er selbst in der Frage der Stellungnahme Dr. *Thomas* unlängst geäußert hatten.

Seine jugendliche Straftat schilderte uns G. anfangs als Diebstahl einer Mundharmonika mit allen Details und so auch am 28. 3. d. J. wieder. Tatsächlich aber hat G. damals eine Uhrkette vom Stand entwendet, und in der Schweiz hat er das auch noch gewußt, wie der betr. Passus in seiner zu Münsterlingen eigenhändig verfaßten Lebensgeschichte beweist.



Ferner hat G. frühere eigene Behauptungen präzisesten Charakters uns als wesentlich anders ausgedrückt hingestellt, endlich dem Unterzeichneten mehr wie einmal das Wort förmlich im Munde herumgedreht und kühne Behauptungen aufgestellt von fast schon selbstschöpferischer Variation. G. glaubt eben, was er wünscht, und läßt sich prinzipiell nicht entmutigen. Sein Selbstbewußtsein übertrifft bei weitem seine Selbstkritik.

Die hiesige Beobachtung, aus der wir die obigen Beispiele anführten, hat mithin sowohl die Erinnerungsfähigkeit wie die Merkfähigkeit G.s als vielfach schwach erfunden. Trotzdem mißbraucht G. diese Seiten seiner geistigen Tätigkeit mit der arroganten Nonchalance, mit der er sich über alles hinwegsetzt, was ihm nicht paßt. So etwas wie Größenwahn zeigt sich auch auf diesem Gebiete, wenn z. B. G. anläßlich des Mißerfolges seiner Behauptungen betreffend das Urteil des Dr. *Thoma*-Illenau gegen diesen, der G.s Angaben als unzutreffend erwiesen hatte, polemisierend loszieht: „'n besseres Gedächtnis hab' ich wie der *Thoma*! Ich weiß noch, was ich gesagt habe, aber der weiß es nicht!" Die Folgen sind natürlich ein immer weiteres Abweichen von den Pfaden der Norm.

So schlimm und so schwer zu nehmen alle diese geistigen Mängel und Versager sind, in den Konsequenzen für die Zukunft wird doch alles übertroffen von der Anpassungsunfähigkeit G.s. Der Unterzeichnete hat eine eigene Mühe darauf verwandt, G. möglichst in jedem Falle seiner Phantastereien ad absurdum zu führen, und oft genug hat sich dieser schöne, stolze Römerkopf in erbitterter Bedrängnis entfärbt: einen weiteren Effekt aber haben wir vergebens erhofft.

... Alles also, was G. erlebt, führt zu keiner geistigen Bereicherung, sondern zu einer Verarmung; die Erfahrungen, die G. macht, werden eigentlich gar nicht „gemacht", d. h. verwertet und genützt, sondern werden als Öl in die ewige Flamme seiner wahnhaften Weltfeindschaft gegossen. G. hat sein bestimmtes Ziel, aber daß er es so wie bisher nicht erreicht, müßte er längst gemerkt haben. Bei klügerer Diplomatie würde G. allerdings auch nichts erreichen, aber daß er auf dem bisher betretenen Wege bestimmt nicht zum Ziele kommt, müßte für jeden normal Urteilsfähigen längst über allen Zweifel erhaben sein. Der Grund, warum G. von zwei Wegen, die beide zu nichts führen, den einen wählt und den andern nicht, liegt nicht darin, daß G. für den von ihm gewählten Weg sich Erfolg erwartet, sondern darin, daß dieser Weg der Weg seines Herzens, seiner Leidenschaft ist: das ewige Beschwerdeführen, Querulieren und Prozessieren erlaubt ihm, seine Affekte sich ausleben zu lassen, es liefert ihm das als Bedürfnie empfundene, man könnte verstehend sagen: das physiologisch notwendige Abreagieren. Wo ein andrer eine Geste macht, eine Interjektion ausstößt, stilisiert G. Urkunden und Philippiken. Er vermag nicht einmal den alten scholastischen Trick zur Anwendung zu bringen, durch rechtzeitiges Schweigen die Maske der Überlegenheit für sich zu retten. Dies ist einerseits mißlich für G., andrerseits aber auch mißlich für die Allgemeinheit, weil G. aus seinem bewegten Geschick nicht, wie der Normale es zu tun sich beeilen würde, die dringende Notwendigkeit zur Umkehr und Ein-



kehr folgert, sondern mehr und mehr zu der ultima ratio des Gewaltmenschentums sich gedrängt fühlt. In seinem jüngsten Erregungsausbruch hier bei uns schwur er hoch und teuer, wenn er noch einmal interniert werden sollte, dann täte er vorher was, daß er auch mit Grund in die Anstalt müsse, und es ist ihm gar nicht eingefallen, später seine Worte zu korrigieren, er fügte vielmehr in Gelassenheit hinzu, daß der Unterfertigte, der ihn entmündigungsreif erkläre, für die Folgen hafte. In einer Ausdrucksweise, die nach erpresserischer Drohung klingt, hat G. dem Arzte gesagt: „Tun Sie mich für gesund erklären, dann passiert nichts! Tun Sies nicht, dann haben Sies am Kittel, was passiert!" Das eine ist sicher: G. wird in Zukunft nicht mehr mit den „Philippiken" und „Urkunden" sich begnügen! Auch die prekärste, die verantwortungsvollste Seite des menschlichen Verhaltens, die Gestaltung der Beziehungen zur Außenwelt, wird von G. ausschließlich nach seinen Intentionen, nach seiner leidenschaftgetrübten Anschauung orientiert. Selbst da fehlt die leiseste Möglichkeit der Besserung. Nicht nur die Gedanken G.s, sondern seine ganze psychische Persönlichkeit sind unheilbar krank und, was das traurigste ist, sogar unerziehbar.

Überblicken wir den Gang unsrer Untersuchung, so haben wir folgende Defekte bei G. festgestellt: pathologische Leichtgläubigkeit; Mißtrauen; Unmotiviertes Selbstbewußtsein; Mangel an Fähigkeit objektiv zu erleben; Mangel an intellektueller Selbstbeherrschung und an Beherrschung der Leidenschaft; Mangel an Konzentrationsfähigkeit; proliferierende Wahnbildung; antisoziale Denkweise; unlogische Denkweise; Unwahrhaftigkeit; Gedächtnisschwäche; Neigung zu nutzlosen und antisozialen Handlungen; Anpassungsunfähigkeit. Über dem Ganzen aber schwebt beherrschend und immer von neuem in die Tiefe der Erfolglosigkeit reißend der Schwachsinn. G.s merkwürdigerweise mehrfach so günstig beurteilte Intelligenz ist eine reine Momentintelligenz, die nur im banalen Tagewerk ausreicht und wohl auch imponiert. Aber in den kritischen Situationen, wo die wichtigen Entscheidungen fallen, vor allem überall da, wo Gemütserregungen sich vordrängen, da versagt die Intelligenz unsers Kranken in irreparabler Weise.

Wir können schließlich mittelst einer mehr quantitativen Analyse in die psychische Individualität G.s Einblick nehmen. Das so nuancenfreiche Leben der menschlichen Seele läßt sich in eine verhältnismäßig geringe Zahl von psychischen Elementarsymptomen zerlegen, nämlich in die Funktionen 1. der Auffassung, 2. der Assoziierung, d. h. der Retention und Kombination, also Gedächtnis- und Denkarbeit sowie Urteilsbildung, 3. der Apperzeptivität, der Vorbereitung von Entschlüssen und Ausführung dieser, endlich 4. der Affekte. Von diesen vier Grundähigkeiten, die selbstverständlich in vivo fortgesetzt ineinandergreifen und nur theoretische, nicht aber praktische Isolierbarkeit besitzen, sind die für die gesamte Lebensführung wichtigsten die 2., 3. und 4.

G. weist, wie wir uns überzeugen mußten, in allen diesen Leistungsgebieten außerordentlich schwere Störungen auf, ohne daß, wie ebenfalls klar erkennbar, die erstgenannte Eigenschaft, die Auffassungsfähigkeit, vollkommen normal genannt werden kann. G.s Geistesleben basiert auf einer Konstruktion von allseitiger Fehlerhaftig-



keit. Das, was ihm von nichtkrankhaften Eigenschaften zur Verfügung steht, mißbraucht er in weitestem Umfange dazu, seine krankhaften Gedankengänge zu stützen und zu bestärken.

Angesichts dieser nur allzureichen Seelenernte werden wir dennoch ein Gefühl kausaler Unsaturiertheit nicht los! ... Wie das Material jetzt vor uns liegt, ist immerhin nicht voll erklärbar, warum G. so rasch, so jäh, so brünstig und so haltlos in seine Fehlschlüsse sich stürzt. Hier mangelt noch ein Glied der Kette. Und wir sind auf Grund unsrer psychiatrischen Allgemeinerfahrung wie auf Grund unsrer allmählich doch recht groß gewordenen Kenntnis des vorliegenden Falles der festen Überzeugung, daß Sinnestäuschungen, welche G. zu verhehlen sich bemüht, dies unsichtbare Glied bilden... Für uns persönlich besteht kein Zweifel, daß G. weit kränker ist als er erscheint. Aber da wir das nicht beweisen können, beschränken wir uns darauf, zu erwähnen, daß wir es vermuten.

Nach dem Ergebnis unsrer Beobachtung kann kein Schwanken bleiben, daß G. an einer unheilbaren Geisteskrankheit leidet, welche ihn unfähig macht, seine Geschäfte selbständig und richtig zu besorgen. Einzig darüber könnte ein Zweifel laut werden, ob G. wegen Geisteskrankheit oder wegen Geistesschwäche zu entmündigen sei. Wir müssen uns für die Entmündigung wegen Geisteskrankheit entscheiden, weil seine Seelenstörung umfassend und mit höchster Dynamik in Erscheinung tritt, dann aber auch deshalb, weil aus therapeutischen Gründen die vollkommene Ausschaltung des G. aus dem Getriebe der Geschäftsbetätigung erforderlich ist. Nur eine gänzliche geistige Ruhestellung gibt eine kleine Hoffnung auf spätere Besserung.

Auf Grund dieses unseres Gutachtens vom 3. 5. 13 wurde die Entmündigung ausgesprochen. Es gelang dem G. später, mit Ausnützung einer durch Lässigkeit des Personals besonders günstig gestalteten Konjunktur zu entweichen, worauf er ins Ausland ging. Während des Krieges erfolgte seine Ausweisung aus der Schweiz, und nun wurde G. abermals bezirksamtlich in die Anstalt gesprochen. Am 13. 7. 15 traf G. wieder bei uns ein.

Seine Stimmung wie seine Haltung war gegenüber unsrer ersten Bekanntschaft bedeutend verändert im antisozialen Sinn und sie wurde dadurch nicht besser, daß wir uns, gewarnt durch unsre Erfahrungen, zu einschränkenden Maßnahmen genötigt sahen. Alle seine schriftlichen Äußerungen wie jeden Besuch, den er erhielt, benutzte G., um sein Mißtrauen zum Ausdruck zu bringen, sein Elend zu beklagen und die schlechte Behandlung durch Arzt und Personal an die große Glocke zu hängen. Diese Töne fanden Widerhall bei dem der Bewegung zur Irrenrechtsreform nahestehenden Reichstagsabgeordneten Th., einem idealistischen Feuergeist mit Einstellung zu klassenpsychologisch abgestimmtem Mißtrauen. Th., welcher die Jeremiaden als bare Münze nahm, erblickte in G. ein unschuldiges



und unkrankes Opfer, stieß die Direktion der Anstalt Emmendingen mittels eines langen Telegramms auf ihre Pflicht zur angemessenen Behandlung des G. und erschien dann persönlich bei uns, um, wie der kettensprengende Engel den Petrus, so hier unsern G. aus seiner zweifellos angemessenen, aber freilich keinerlei Gegenliebe findenden Lage zu befreien. Es gelang tatsächlich, nicht zuletzt zu unsrer eigenen lebhaften Erleichterung, die Versetzung des G. nach der vorerst noch neutralen Anstalt Wiesloch zu erzielen; denn Emmendingen war ja nach dem Ausfall des Gutachtens und gewissen weiteren Dingen, über die gleich noch zu sprechen sein wird, erledigt, Illenau aber, wie man sich erinnern wird, schon von früher her unten durch. Von Wiesloch erfolgte ziemlich bald die Entlassung. G. hat uns seither wiederholt den Beweis geliefert, daß er unentwegt der alte geblieben.

Eine Zeitlang gab es damals eine richtige Hetze gegen die Anstalt Emmendingen. Jener Abgeordnete, das Blättchen über „Irrenrechtsreform“ sowie eine Reihe Parteizeitungen behandelten G. als Märtyrer, wußten schauerliche Einzelheiten über die atrocités des Emmendinger Personals zu berichten und ließen auch dann nicht locker, als genaueste Erhebungen sowie die gerichtliche Verurteilung des verantwortlichen Schriftleiters für jeden Unvoreingenommenen längst das Unbegründete des Romans erwiesen hatten. Also das typische Bild: die „normale“ Eskorte des geisteskranken Querulanten! Eine gewisse Entschuldigung oder Erklärung läßt sich in dem Umstand finden, daß G. bei kurzer Bekanntschaft persönlich keinen schlechten Eindruck macht, und daß er seine Vortäuschungen in einer Weise durchführt, die Laien nicht zu durchschauen vermögen, namentlich wenn sie an so starker Voreingenommenheit leiden, wie es hier der Fall war. Dafür ein Beispiel: Der behandelnde Arzt des G. hatte den als Befreier auftretenden Laien bedeutet, G.s Abneigung gegen den Arzt datiere erst seit dem ungünstigen Ausfall des Entmündigungsgutachtens, vorher sei das Verhältnis weit besser gewesen, ja fast vertraulich, weil G. um keinen Preis glauben wollte, der Arzt werde ihn für krank erklären und für seine Entmündigung eintreten; natürlich habe ihn der Arzt, der die Enttäuschung kommen sah, gewarnt und ihm gelegentlich im freundschaftlichen Spaß gesagt, er — der Arzt — müsse leider für Krankheit und Entmündigung plädieren, aber er hoffe das Gutachten so gemeinverständlich abzufassen, daß G. selber werde beipflichten müssen, wenigstens wenn er gesund sei. Dieser kleine Scherz, der eher



nach schalkhafter Selbstironie klingt und von G. auch entsprechend belacht wurde, erschien seitdem in den Spalten der interessierten Blätter in der anmutigen Version, der Arzt habe den G. angeherrscht: „Wenn Sie nicht einsehen, daß Sie verrückt sind, dann sind Sie verrückt."

Nun noch einiges klinische. In welcher Weise sich G., wir wollen ganz objektiv sagen: einstellte, mögen folgende, vornehmlich charakterologisch wichtige Notizen aus der Krankengeschichte verdeutlichen.

15. 8. 15. Ißt nicht, erklärt sich nicht. Am r. Auge Außenseite Schwellung (Beule). Verweigert zunächst jede Auskunft, macht dann Andeutungen, daß „er selbst" es nicht gewesen sei.

17. 8. Wenn mit den Anderen, recht aufgeräumt; man sieht heitere Mienen und hört Lachsalven. Dem Arzt gegenüber den leidenden Belisar markierend.

Lebt ostentativ von Wasser, Brot und Obst. Im Wasser liegt bei der Visite regelmäßig eine tote Fliege sowie Haare — vermutlich von G. selbst hineingeheimnist, um später „mit gutem Gewissen" sagen zu können, daß er unter „ekelhaften Zuständen" „gelitten" habe. — Man läßt die Konterbande entfernen bzw. jeweils frisches Wasser servieren, sagt auch dem G., daß er erkannt ist. G. beißt die Lippen.

September 1915. Hat einige Male ein blaues Auge demonstriert und eine Räubergeschichte erzählt: „einer", „vermutlich ein Wärter", sei nachts bei ihm eingedrungen und habe ihn gehauen.

Nachforschungen ergeben nichts. Es bleibt nur die Annahme, daß G. sich selbst gestoßen oder geschlagen hat, um Stänkereien zu machen. Vielleicht ist er auch bei einem aufklärenden Klettermanöver am Fenster abgestürzt und macht nun aus der Not eine Tugend.

Verhetzt auch einsichtslose Mitkranke, indem er ihnen seine angeblichen Martern stimmungsvoll schildert.

Und endlich eine Notiz vom 18. 12. 12, also aus der Zeit von G.s erstem Aufenthalt bei uns:

„Äußerlich gelassen, innerlich gespannt. Tiefgründiges Anblicken des Arztes, das bisweilen den Eindruck macht, als erwarte G. eine Art Freimaurerzeichen ..... Besuch der Schwester, die den Arzt sofort mit Gejammer und heimischen Klatschereien harangiert. G. steht dabei und hört düster horchend dem Arzt zu, der der Schwester untersagt, die Seelenruhe des Patienten durch Disharmonien zu tangieren.



Diese und ähnliche Einzelzüge, kombiniert mit den Beobachtungen der andern Ärzte in früherer Zeit, waren es, die uns Unterlagen für die am Schluß unsres Gutachtens ausgesprochene Vermutung boten, daß bei G.s Geisteskrankheit auch pathoplastische, in spezifisch positiver Weise produktive, autonome Faktoren mit am Werke seien.

Danach würde also unser Krankheitsbild weder der *Kraepelin*schen Paranoia noch auch restlos dem *Hitzig*schen Querulantenwahnsinn noch endlich den *Specht*schen Ausgestaltungen angehören, sondern, zugleich ärmer und reicher, die milieuaffine, weitgehend situationelle Entwicklung eines Entarteten, eines partiell debilen oder doch defektuosen Entarteten darstellen, dessen psychoteratoides Inskrautschießen durch akute, abermals erlebnisbedingte und doch weitgehend thymendogene Reifungsschübe in Substruktion wie Hochwuchs gefördert und geformt wird.

Zum Schluß noch ein katamnestisches Bekenntnis. Ja, G. ist ein Querulant von Geblüt. Unanfechtbar ist unser klinisch-diagnostischer Standpunkt. Aber damit ist nicht das letzte Wort gesprochen. Zu diesem letzten Worte meldet sich das psychologische Gewissen, indem es die Frage stellt, was mit jener Registrierung für die Einfühlung in die Wesensart unsres G. gewonnen ist. Denn wir wissen jetzt zwar genau, wieso G. immer wieder queruliert, aber nicht, wodurch er in diese Karrière gedrängt wurde. Phrenogenetisch wissen wir nichts, weder noogenetisch noch thymogenetisch wird der Fall klar, wenn wir ihn als Querulanten rubrizieren. Wohl, quaerere wie queri liegen vor; aber — qua de causa? Vere scire, sagt der große Nolaner, est per causas scire. Wo sind die Ursachen, wo die Motive? Wo sind die biologischen Wurzeln? Bis jetzt haben wir eigentlich kaum mehr als die biologische Düngung — — —

Das Primäre bei G. ist nicht das Querulantentum. Dem Querulantentum vorher, es bedingend, geht die spezifische Erlebnisunfähigkeit des G., seine Para-Reaktion, die Anagkie, alles adversionär, provokant, autechthrisch aufzunehmen. Alles! Ja aber was alles? Nun, eben die Bescherung, die er sich selbst eingebrockt hat. Also ist auch die Abwegigkeit der Reaktionsform noch nicht das primäre! Und in der Tat: erst wenn wir den seelischen Gründen hierfür nachgehen, wissen wir, weß Geistes



Kind G. ist; dann erst wissen wir, daß er primär gar kein Querulant ist und gar kein Para-Erleber. Sondern G. ist, primär, ein Typ, der seinen innaten Willen zur Macht triebartig auslebt durch Einmischung in fremde Wertsphären und in fremde Rechtssphären, durch psychische Ruhestörung, durch Sichreiben, durch Sicheinschieben, durch trübe Vorstöße, durch gewaltsame Erkundung ohne Ziel, durch Privatvendetta ohne Sinn, ohne Ethik und ohne Strategie. Damit, also mit einer spontanen Aktion, mit einem kinetischen, man könnte sagen mit einem koprokinetischen Faktor fängt der Komplex an und fängt er immer wieder von vorn an. Durch biologisch nezessitierten Trieb wird der Ablauf erzeugt, den Gerichte und Sachverständige dann mit Schrecken als Querulantenwahnsinn über sich ergehen lassen müssen. Diese Allopselaphie[1]) ist ein charakterologisches Syndrom, welches, mögen auch die Psychoanalytiker Einspruch erheben, autochthon, in seiner volitiven Naivetät nicht weiter auflösbar erscheint, und von dem ich Grund habe anzunehmen, daß es die Eigenschaften einer hereditären, mendelnden Komponente besitzt. Ein großer Teil der Querulanten verdient ganz und gar nicht die Bezeichnung allopselaphisch; sie sind, was sie sind, primär reaktiv geworden. G. dagegen, allopselaph wie nur je ein Vorschüler, nämlich ichsüchtig und händelsüchtig, zudringlich und klebrig, bübisch und gierig, ist das Prototyp einer Spielart im nosologischen Großblock: des allopselaphen Querulanten.

---

[1]) ψηλαφάω = antasten.

Kleinere Mitteilungen.

Meine Erfahrungen in der Ostmark.

Von Geh. San.-Rat Dr. **Werner** in Görlitz,
früherem Direktor der Prov.-Irrenanstalt Owinsk.

Als ich Anfang November 1894 die Stelle des Direktors von Owinsk antrat, war es mir von Anfang an klar, daß ich vor keine leichte Aufgabe gestellt war. Die Anstalt hatte mehr als die Hälfte katholische Patienten (katholisch und polnisch ist dort identisch), auch das Personal war vorwiegend polnisch, nur die Ärzte und oberen Beamten waren ausschließlich Deutsche. Selbstverständlich mußten Deutsche und Polen mit gleichem Maße gemessen werden, aber ich versuchte das Pflegepersonal hinsichtlich ihrer Nationalität in ein genaues Verhältnis zu der Zahl der Kranken zu bringen, was mir auch bald unschwer gelang. Vor allem aber bemühte ich mich, mit dem am Orte wohnenden katholisch-polnischen Geistlichen ins beste Einvernehmen zu kommen. Ich teilte ihm offen mein Vorhaben mit und daß ich darauf halten müßte, was auch der Wunsch meiner vorgesetzten Dienstbehörde wäre, daß in der Anstalt im Dienst auch im Verkehr mit den Kranken deutsch gesprochen würde und nur dann polnisch, wenn die betreffenden Kranken der deutschen Sprache nicht mächtig erschienen, was übrigens nur in den seltensten Fällen vorkam. Diese meine Anordnungen und Maximen fanden ungeteilte Anerkennung und Billigung des katholischen Geistlichen, der zwar ein Pole, aber ein freundlicher, außerordentlich entgegenkommender alter Herr war. Damit erreichte ich zunächst, daß ich gar keine Schwierigkeiten und Ärger mit dem Personal hatte, wozu auch noch der Umstand kam, daß ich mit dem polnischen Pfarrer auch gesellschaftlich verkehrte. Als dann nach dem Tode des alten Pfarrers ein junger Geistlicher kam, entwickelte sich ein näherer und allmählich sogar intimer Verkehr desselben mit meinen Kollegen und auch mit mir. Da mir auch ein tüchtiges Ärztekollegium zur Seite stand, mit welchem dienstlich tätig sein zu können mir eine Freude war, und ich auch außerdienstlich sehr viel und in der ungezwungensten, harmonischsten Weise verkehrte, konnte ich seit vielen Jahren die Verhältnisse in Owinsk als sehr günstige bezeichnen. Da kam der unselige Krieg, der auch über die Anstalt und mich so viel Elend, Entbehrungen und Enttäuschungen brachte. Es fiel mir gleich in den ersten Wochen des Krieges auf, daß das Wesen des katholischen Pfarrers sich änderte, der Verkehr wurde immer seltener,

sein Verhalten von Tag zu Tag reservierter. Trotzdem der gesellschaftliche Verkehr dadurch immer seltener und kühler wurde, fand er nichts dabei, die Vorteile der Anstalt für sich auszunutzen, so nahm er in der leerstehenden Wohnung eines unverheirateten Arztes, der im Felde war, medizinische Bäder, ohne mit mir vorher die gebührende Rücksprache genommen zu haben, und war empört darüber, daß ich meinem Verwundern über dieses ungehörige Verhalten Ausdruck gegeben hatte. Auch in seiner seelsorgerischen Tätigkeit bezüglich der Anstaltsinsassen verlangte er von Grund auf Abänderungen und machte diesbezügliche Eingaben an den Landeshauptmann direkt, wobei er in auffälliger Weise seine absolute Selbständigkeit und Unabhängigkeit hervorhob und ganz unmotiviert betonte, daß außer dem Erzbischof ihm niemand etwas zu sagen hätte. Er wurde dann vom Landeshauptmann mit wenigen Worten abschlägig beschieden und mit weiteren Anträgen an mich verwiesen, was ihn noch mehr verstimmte und unser Verhältnis immer gespannter machte. Als ich einmal meinem Bedauern über diesen Ausgang und Umschwung in der Ärztekonferenz offen Ausdruck gab, beteuerte mir der jüngste Anstaltsarzt Dr. Rehnke, ein Deutschkatholik aus Ostpreußen, mit dem der Pfarrer noch hin und wieder zusammenkam, daß das Verhalten des Geistlichen nicht zu verwundern wäre, er wäre oft vor den polnischen Geistlichen gewarnt worden, weil sie falsch und unaufrichtig wären. Nach Ausbruch der Revolution wurde auch in Owinsk ein Volksrat gebildet, der aus drei Deutschen, unter denen der ebengenannte jüngste Anstaltsarzt Dr. R. sich befand, und drei Polen bestand, und dessen Vorsitzender der Pfarrer W. wurde. Letzterer sprach sich nun bei der Bildung dieses Volksrates, an der ich wegen einer schweren Grippe nicht teilnehmen konnte, mit den schärfsten Worten gegen mich aus, betonte insbesondere meinen Polenhaß und soll dann auch in einer späteren Kommissionssitzung meine sofortige Absetzung in Vorschlag gebracht haben, was durch den Einspruch des Dr. R. angeblich verhindert wäre. Jedenfalls brachte dieser Gottesmann, mit dem ich so lange Jahre auf das intimste verkehrt, der mir so unendlich oft die Versicherung seiner treuesten Freundschaft und aufrichtigsten Ergebenheit ausgesprochen hatte. und auf dessen Ehrlichkeit ich trotz wiederholter Warnungen felsenfest vertraut hatte, es fertig, im Dezember 1918 in einer längeren Eingabe an den damaligen Landeshauptmann v. Heyking den Vorschlag zu machen, daß mir in der Gestalt meines jüngsten Arztes Dr. R. ein Beirat gegeben würde, weil ich ein ausgesprochener Polenfeind wäre und auch die Schuld daran trüge, daß während des Krieges so viel Kranke in der Anstalt gestorben seien, also die verantwortliche Verwaltung nicht weiter führen könnte. Und dieses Schriftstück, das mir urschriftlich vom Landeshauptmann zur Äußerung zugeschickt wurde, war auch — so wenig glaublich es klingt — von meinem Amtsgenossen Dr. R. unterschrieben, den ich einige Jahre zuvor als jungen, unerfahrenen Arzt in die Anstalt aufgenommen und in die Psychiatrie eingeführt, dem ich zu einer vorzeitigen Anstellung verholfen und auch sonst allerlei Wohltaten erwiesen hatte, wozu ich mich verpflichtet fühlte, weil er mir bis dahin als tüchtiger, hilfsbereiter, gefälliger Kollege und auch sonst anständiger Mensch erschienen war, so daß ich bis zu dieser

Zeit auch außerdienstlich mit ihm gern verkehrte. Trotz meiner Einwendungen und des energischen Eingreifens des Herrn v. Heyking, der diesen Vorschlag geradezu empörend fand, hatten diese Herren einen augenblicklichen Erfolg, da der Oberste polnische Volksrat, an den man sich nach der Ablehnung durch den Landeshauptmann gewandt hatte, verfügte, daß Dr. R. mein Beirat würde. Dieser präsentierte von jetzt ab sämtliche Eingänge und mitunterzeichnete alle Abgänge, auch die an die vorgesetzte Dienstbehörde, nachdem noch der Pfarrer bei einem kurzen Besuch in meinem Dienstzimmer die lächerliche Drohung ausgesprochen hatte, daß er dafür sorgen würde, daß bewaffnete Soldaten Dr. R. mit Gewalt in sein neues Amt einführen würden, falls ich Schwierigkeiten machen sollte. Alle Ärzte stellten sich nun auf meine Seite und straften Dr. R. mit Verachtung, wie er es nicht anders verdiente. Einer der Herren, der noch im Heeresdienst war, schrieb einen Brief an ihn, worin er sein Verhalten als „verabscheuenswert" bezeichnete, was aber gar keinen Eindruck auf ihn machte. Nur der Oberarzt San.-Rat Dr. *Winckler* verkehrte trotz dieser Vorgänge weiter mit Dr. *R.*, nicht etwa weil er dessen Verhalten billigte, wie er sich mir gegenüber ausdrückte, sondern, wie ich von einer ihm nahestehenden Seite erfuhr, weil er Dr. *R.* seit längerer Zeit zu Danke verpflichtet sei und er als Demokrat auch politisch mit ihm sympathisiere. Durch den fortgesetzten Einspruch des Herrn Landeshauptmanns *v. Heyking* und meine persönliche mündliche Beschwerde beim Obersten polnischen Volksrat gelang es, eine Prüfung und Untersuchung der Angelegenheit durch Herrn Dr. *Skoczynski* in Posen, früheren Oberarzt an der psychiatrischen Klinik der Charitee in Berlin, zu erwirken. Dieser, den ich aus meiner gerichtlichen Tätigkeit schon lange kannte, suchte mich in Owinsk auf und sprach gleich am Anfang unserer etwa dreistündigen Unterredung und Besprechung sein Befremden und Verwundern darüber aus, daß der Pfarrer W., mit dem ich doch einen so regen und intimen Verkehr gehabt hätte, wovon er sich selbst des öfteren persönlich überzeugt hätte, mich jetzt so angriffe. Der unparteiischen Beurteilung und Darstellung des Herrn Dr. *Skoczynski*, der sämtliche Ärzte in Owinsk vernehmen und sich gutachtlich über die ärztlichen Verhältnisse dort und überhaupt die ganze leidige Angelegenheit beim Obersten polnischen Volksrat äußern mußte, hatte ich es allein zu verdanken, daß Dr. *R.* als mein Beirat abgesetzt wurde. Jedoch wurden mir in der Folgezeit seelische Aufregungen nicht erspart, denn es blieben Beschuldigungen, z. T. in anonymer Form, und Beschwerden über mich beim Landeshauptmann nicht aus. So wurde ich unter anderem vom Pfarrer als Holzdieb angezeigt, was Herr *v. Heyking*, wie er mir später einmal mündlich mitteilte, so lächerlich fand, daß er mir das betreffende Schriftstück erst gar nicht zur Äußerung zuschickte. Es wurden unter irgendeinem Vorwande Unterschriften gesammelt und Widerstrebende durch Drohungen zur Unterschrift gezwungen, in Wirklichkeit wurde mir darin der Vorwurf gemacht, daß ich die polnischen Elemente gegenüber den deutschen, die noch immer die Oberhand hätten, nicht genügend bevorzuge, so daß der Beirat des Herrn Landeshauptmanns — ein früherer polnischer Taubstummenlehrer — zur Untersuchung der „so überaus wichtigen und peinlichen Angelegenheit" nach



Owinsk kam und nach dem mehrstündigen Verhör des fast gesamten polnischen Personals von der Bedeutungs- und Gegenstandslosigkeit der Anzeige eigentümlich berührt war. Im allgemeinen muß ich jedoch zu meiner Freude und Genugtuung aussprechen, daß mir das Anstaltspersonal, das deutsche wie das polnische, bis zuletzt gar keine Schwierigkeiten machte, es erfolgten keine Anträge auf Urlaubsverlängerung, verkürzte Arbeitszeit u. dgl., der Dienst wurde in der gewohnten ruhigen und pünktlichen Weise verrichtet, und ihr Verhalten mir und auch sonst ihren Vorgesetzten gegenüber war das frühere höfliche und durchaus angemessene, ja es war mir eine erfreuliche Beobachtung, mit welch leuchtenden Augen und mit welcher Herzlichkeit mich die heimkehrenden Krieger, deutsche wie polnische, begrüßten und sich zum Dienstantritt meldeten. Nur zwei Polen, der Meier R. und der Stellmacher P., versuchten das Pflegepersonal gegen mich aufzureizen, wagten es einmal sogar, wie es sich durch das Verhör herausstellte, auf Anraten des katholischen Pfarrers, der, weil es ihm peinlich war, hinterher die Mitwisserschaft allerdings energisch leugnete, mir das Fischnetz fortzunehmen, so daß ich in dem Anstaltsteiche, dessen Ausbeute an Fischen mir mit behördlicher Genehmigung zustand, tatsächlich an dem festgesetzten Tage nicht fischen konnte. Da ihnen aber dafür vom Landeshauptmann — auch der polnische Beirat trat sofort auf meine Seite — ein energischer Verweis und die Androhung sofortiger Dienstentlassung bei einer Wiederholung ähnlicher Vorkommnisse erteilt wurde (das Fischnetz mußte sofort herausgegeben werden, so daß ich späterhin unbehindert fischen konnte), sie auch sonst bei ihren Kollegen nicht den erhofften Anklang fanden, verhielten sie sich offen ruhig und gefügig, wirkten wohl aber im Stillen unentwegt weiter. Nachdem mir dann noch von dem polnischen Beirat, Taubstummenlehrer *Scz.*, ausdrücklich befohlen worden war, niemals mehr einem Polen die Stelle zu kündigen, erhielt ich Pfingsten 1919 vom Pfarrer W. in deutscher Übersetzung eine Verordnung des Obersten polnischen Volksrats, wodurch der Pfarrer zu meinem Kontrolleur bis zur definitiven Regelung der direktorialen Geschäfte ev. durch einen polnischen Arzt ernannt wurde. Eine direkte Bestätigung dieser Anordnung oder die Stellungnahme meiner vorgesetzten Dienstbehörde, der ich das Schreiben urschriftlich zuschickte, habe ich in der Folgezeit nicht erhalten. Herr *v. Heyking* war inzwischen interniert worden; sein ständiger deutscher Stellvertreter hatte, wie er mir selbst mitteilte, gar keinen Einfluß mehr auf den Gang der Geschäfte, ja er mußte sich gefallen lassen, daß seine Verfügungen von dem allmächtigen Herrn Taubstummenlehrer beanstandet und zurückgehalten wurden; es ward ein neuer polnischer Provinzialausschuß gewählt, der die Beschlüsse des letzten deutschen Ausschusses vom Februar 1919 mit ihren wichtigen Entscheidungen bezüglich der Pensionierung der Provinzialbeamten einfach aufhob und für ungültig erklärte. Herr *v. Heyking* wurde nach seiner Rückkehr aus der Internierung seiner Stellung enthoben und an seine Stelle ein früherer polnischer Advokat, der zuletzt Direktor einer polnischen Bank in Posen war, eingesetzt. Dieser, ein schon älterer, anscheinend sehr leutseliger Mann, erklärte in seiner Antrittsrede, daß er seine Beamten, gleichviel ob polnischer oder deutscher Abkunft, mit gleichem



Wohlwollen behandeln wolle, wenn man ihm nur unbedingtes Vertrauen entgegenbringe, war auch für jedermann ohne vorhergehende Anmeldung zu sprechen, hörte die Wünsche der Einzelnen mit Interesse an und versprach einem jeden die prompte Erfüllung derselben. Doch diese blieb in der Regel aus, weil man es vergessen oder später anders überlegt hatte. Mitte Juni 1919 erfolgte wieder eine Masseninternierung angesehener deutscher Beamten, besonders solcher, die an einflußreichen, leitenden Stellen sich befanden, auch Offiziere, Landwirte, Kaufleute, Gewerbetreibende wurden festgenommen und nach Szczypiorno (einem früheren Gefangenenlager zwischen Skalmieczyce und Kalisch) gebracht, wo sie monatelang in elenden Baracken untergebracht und von jungen, unreifen polnischen Soldaten in der unwürdigsten Weise behandelt und bewacht wurden. Ende Juni 1919 erreichte auch mich dieses Schicksal mit zwei meiner getreuen Kollegen (Dr. *W*. und Dr. *R*. konnten durch ihre Beziehungen zum polnischen Pfarrer daheimbleiben und die Anstalt versorgen) und vier Pflegern; auf einem Kastenwagen mit Strohschütten verließen wir an einem Sonntagmorgen die Anstalt und wurden nach Schwersenz, einem kleinen Städtchen in der Nähe von Posen, gebracht, wo wir in einem Gasthofe zusammen mit vielen anderen Internierten wenig erfreuliche Unterkunft fanden. Indeß durch die Liebenswürdigkeit eines dortigen deutschen Arztes wurden meine beiden Kollegen und ich auf das glänzendste bewirtet, ja durch seine Fürsprache erhielt ich von dem polnischen Kontrolloffizier (einem früheren Schießunteroffizier im deutschen Heere) sogar die Erlaubnis, im Hause des betreffenden Arztes eine Nacht verbringen zu dürfen. Am frühen Morgen des dritten Tages wurden wir, etwa 200 Männer, in Viehwagen auf der Eisenbahn nach Posen transportiert, mußten dort auf dem Bahnsteig unter strengster Überwachung verbleiben und fuhren um 7 Uhr abends in demselben Viehwagen, in dem sich einige Holzbänke befanden, über Ostrowo nach Skalmierzyce, wo wir früh gegen 3 Uhr anlangten, ausgeladen wurden und bis etwa 6 Uhr in einem großen Raum, dem früheren Steuerabfertigungssaal, zusammengepfercht wurden. Darnach marschierten wir in geschlossenem Zuge, jeder mit seinem schweren Koffer in der Hand, denn ein Wagen zum Transport des Gepäcks war abgelehnt worden, nach dem etwa $1/2$ Stunde entfernt gelegenen Gefangenenlager Szczypiorno, wo wir bei regnerischem Wetter gegen $1/2$7 Uhr früh anlangten. Nach wiederholter Feststellung unserer Personalien wurde ich mit meinen beiden Kollegen in eine sogenannte Erdhöhlenbaracke geführt, wo wir fortan unsere Wohnstätte haben sollten. Es war ein feuchter Raum, in welchem sich nur einige schadhafte Holzgestelle (Pritschen) befanden, kein Stroh, keine Decke, das war die Ausstattung. Es war einer der furchtbarsten und traurigsten Momente meines Lebens, wir alle waren fast verzweifelt. Da erschien ein mir bekannter Posener Kaufmann, der schon länger dort interniert war und uns an seiner „Villa“ hatte vorbeiziehen sehen, er lud mich in seine Baracke ein, die eine frühere Lazarettbaracke vorgestellt hatte und, wie ich gleich hervorheben will, eine einigermaßen menschenwürdige Behausung darstellte. Ich nahm diese Aufforderung unter der Bedingung an, daß auch meine beiden Kollegen sich beteiligen dürften, was auch sofort zugestanden wurde, obgleich



dadurch der Platz äußerst beschränkt war. Dort fanden wir alte Bekannte aus Posen, alle Fakultäten waren vertreten, und richteten uns so gut wie möglich ein. Freilich mußte man sich seine Lagerstätte selbst herstellen, das Stroh, das erst vom deutschen Roten Kreuz beschafft wurde, zu seinem Strohsack eigenhändig herbeiholen; sonstige Möbelstücke, Bänke, Stühle wurden gegen relativ geringe Bezahlung von deutschen Soldaten, die als Gefangene sich auch dort befanden und z. T. die Bedienung übernommen hatten, angefertigt. Unsere Lebensweise war natürlich eine sehr eintönige, die Freiheit sehr beschränkt, aber die Stimmung, die anfangs recht depressiv war, heiterte sich allmählich auf. Früh um 6 Uhr verließ man sein hartes Lager (in der ersten Zeit teilte ich mich mit zwei anderen Herren in zwei Strohsäcke, natürlich am Fußboden) und machte im Freien am Brunnen seine Toilette, dann kam das Frühstück, das aus schwarzem Kaffeersatz und trockenem Brot bestand. Zu Mittag gab es Gemüse, auch bisweilen Nudeln, mit Pferdefleisch und abends wieder schwarzen Kaffee mit trockenem Brot. Wir alle hatten uns jedoch Lebensmittel von Hause mitgebracht, auch war es gestattet sich solche aus Skalmierzyce kommen zu lassen, es wurde sogar täglich gegen Abend ein Fleischgericht gegen hohe Bezahlung auf Bestellung uns gebracht, so daß wir in dieser Hinsicht keine Not litten. Die Zeit vertrieb man sich mit Lesen und Kartenspiel. Unsern besorgten Frauen, die alsbald beim Landeshauptmann und Starosten (Landrat) wegen unserer Befreiung vorstellig geworden waren, war zwar zugesagt worden, daß unsere sofortige Rückkehr in Aussicht genommen, ja schon in die Wege geleitet wäre, aber es müssen doch sehr viele Briefe und Anträge unterwegs verlorengegangen sein, denn es vergingen 14 Tage, ehe unsere Befreiungsstunde schlug. Am praktischsten und erfolgreichsten war es, wenn die Ehefrau mit der behördlichen Genehmigung der Freilassung ihres Mannes in der Tasche per Eisenbahn dorthin fuhr und sogleich ihren Mann abholte. Auf eigene Kosten erfolgte dann die Heimreise. In Owinsk erfuhr ich nun, daß der neuernannte Direktor von Dziekanka (Geh. Rat Dr. *Kayser* hatte sich am 1. 4. 1919 wegen vorgerückten Alters pensionieren lassen, der zu seinem Nachfolger ernannte Dr. *Wickel* war als Deutscher von den Polen nicht bestätigt worden), ein Dr. med. Dr. phil. *Piotrowski*, wie er stets unterschrieb, der angeblich seine Ausbildung in Deutschland genossen und zuletzt in Berlin W. eine größere Privatpraxis als Spezialarzt für Geistes- und Nervenkrankheiten gehabt hatte, zum Dezernenten und Inspekteur des gesamten Irrenwesens in Polen ernannt und somit auch mein direkter Vorgesetzter geworden wäre. Ich begab mich sofort nach Posen zum polnischen Landeshauptmann, den ich bat, solange ich noch im Amte wäre und dies würde wohl voraussichtlich nicht mehr lange dauern, zumal ich nicht der polnischen Sprache mächtig wäre, meine bisherige Selbständigkeit zu belassen, was auch sofort mit der größten Bereitwilligkeit und augenscheinlich im vollen Verständnis von der Berechtigung meines Antrages zugesagt wurde. Weiter versprach mir der Landeshauptmann die sofortige Versetzung des Dr. *R.* in eine andere Anstalt, da auch er der Ansicht wäre, daß mir unter den angeführten Verhältnissen der dienstliche Verkehr mit einer solchen Person auf die Dauer nicht zugemutet werden könne. Auch einige andere



Wünsche und Anträge wurden von ihm anstandlos genehmigt. Zwei Tage später erschien in Owinsk Dr. med. Dr. phil. *Piotrowski* zusammen mit dem Taubstummenlehrer, der übrigens später zum Landesrat ernannt wurde, um sich mir vorzustellen und zugleich mir einen Antrag zu meiner nachträglichen Genehmigung vorzutragen, den er bereits in meiner Abwesenheit, als er sich schon als „Oberdirektor“ fühlte, gutgeheißen hatte. Nachdem auch ich mich damit einverstanden erklärt hatte, verriet er mir, daß er sich vorgenommen hatte, im Falle meiner gegenteiligen Ansicht seinen deutschen Kollegen in Dziekanka alle die Vorteile, die er ihnen bisher zugebilligt hätte, wieder wegzunehmen. Das nennt man wohl juristisch „Nötigung“! Er ging dann auf in Höflichkeit und Zuvorkommenheit, bat, ihm einen Teil der Anstalt zu zeigen, wo die Kostener Idioten ev. unterzubringen wären, denn die Anstalt Kosten sollte auf seinen Vorschlag nach und nach ganz aufgelöst werden, erkundigte sich nach meinem Befinden, denn er hätte gehört, daß der Aufenthalt in Szczypiorno mir eine schwere Ischias eingebracht hätte, was auch der Wirklichkeit entsprach, und richtete an mich wiederholt die Bitte, ihn in seinem jetzigen schweren Amte mit meinen „reichen Erfahrungen“ zu unterstützen, da er doch „gänzlich unerfahren“ wäre, was ich ihm versprach, sobald von ihm ein derartiges Ersuchen an mich gerichtet würde. Dann verabschiedete er sich von mir in der verbindlichsten Weise und suchte den polnischen Pfarrer auf, zu dem auch nach kurzer Zeit, wovon ich mich persönlich überzeugen konnte, Dr. *R.* bestellt wurde. Zwei Tage später ging ein Bericht von Dr. med. Dr. phil. *Piotrowski* bei dem Landeshauptmann ein, in welchem letzterer gebeten wurde, die Versetzung des Dr. *R.* etwas hinauszuschieben, er hätte Dr. *R.*, der allein sein Vertrauen besäße (die übrigen Ärzte von Owinsk hatte Dr. *Piotrowski* bis dahin nicht einmal gesehen, geschweige denn gesprochen, auch später kennenzulernen niemals Veranlassung genommen), beauftragt, ein Pro memoria über die Verhältnisse in Owinsk abzufassen, da ihm zur Kenntnis gekommen wäre, daß in der Anstalt Owinsk so erschreckend viel Todesfälle während des Krieges vorgekommen wären. Es würde sich dringend empfehlen, wenn ich sofort pensioniert würde, da ich ein Schädling für die polnische Sache, ein Hakatist wäre, dazu ein ganz indolenter Mensch, der es niemals verstanden hätte, das kollegiale Einvernehmen aufrechtzuerhalten u. ähnl. m. Dieser Bericht wurde dem deutschen Dezernenten vorgelegt, welcher ihn dem Landeshauptmann sofort zurückreichte mit dem Bemerken, daß es unerhört und überaus taktlos wäre, wenn Dr. *Piotrowski* über den Kopf des Anstaltsleiters hinweg dessen jüngsten Arzt beauftrage, einen Bericht über die Anstalt zu schreiben, dazu sich erlaube, er, der junge, unerfahrene Arzt, der eben erst in die Provinz gekommen wäre, ein so abfälliges Urteil über einen älteren Anstaltsdirektor zu fällen; es müßte doch mindestens dem Direktor *Werner* Gelegenheit gegeben werden, sich über diese Angriffe des Dr. *Piotrowski* äußern zu können. Darauf erfolgte als Antwort die Verfügung des Landeshauptmanns, daß, nachdem Dr. *R.* seinen Bericht erstattet haben würde, die ganze Sache mir zur Äußerung zugesandt werden würde. Es wurden nun zunächst seitens des Dr. *Piotrowski* an alle preußischen Irrenanstalten Anfragen über die Zahl der Todesfälle



der Kranken in den Kriegsjahren gerichtet, was dem Dr. *R.* ohne Zweifel als weiteres Material dienen sollte. Da nun aber sich ergab, daß überall die Belegziffer durch Todesfälle sehr erheblich zurückgegangen, ja in Owinsk im Verhältnis zu andern Anstalten der Prozentsatz der Todesfälle noch in relativ mäßigen Grenzen geblieben war, so mußte auch wohl oder übel das Pro memoria des Dr. *R.* günstig für mich ausfallen. Dr. *R.* konnte zwar nicht ableugnen, daß die Zahl der Todesfälle gegenüber den früheren Jahren im Kriege nach und nach sehr erheblich gestiegen war, aber das läge ja an den gesetzlichen Bestimmungen, die zu befolgen gewesen wären, an der Sorgfalt und der Tatkraft der Anstaltsdirektion hätte es niemals gefehlt, die stets das Bestreben gehabt hätte, für eine ausreichende Ernährung der Kranken Sorge zu tragen. Der Bericht des Dr. *Piotrowski* wurde mir jedoch auch nach der Erstattung des Pro memoria nicht zur Äußerung zugeschickt, Dr. *R.* auch nicht nach Dziekanka versetzt, was, wie mir der Landeshauptmann auf mein Erinnerungsschreiben antwortete, niemals mir versprochen worden wäre, sondern nur in Erwägung gezogen werden sollte, dagegen erhielt ich ein Schreiben des Landeshauptmanns vom 31. Juli 1919 folgenden Inhalts: „Geehrter Herr Geheimer Sanitätsrat! Bei Ihrem letzten Hiersein haben Sie mir erklärt, daß Sie zum 1. Oktober d. J. in den Ruhestand versetzt werden möchten. Ich erlaube mir deshalb Sie an das Einreichen des diesbezüglichen Antrages zu erinnern. *W. Wyczynski.*" Da ich gerade für einen Monat beurlaubt war und dieses Schreiben nicht sogleich beantwortete, wurde ich d. d. 18. August 1919 um Erledigung ersucht. In Wirklichkeit hatte ich bei meiner Anwesenheit in Posen, wie vorher schon gesagt, wohl geäußert, daß ich jedenfalls nicht mehr allzulange im Amte tätig sein könnte, weil ich die polnische Sprache nicht beherrschte, aber das Wort Pensionierung überhaupt nicht erwähnt, geschweige denn einen Zeitraum festgesetzt. In diesem Sinne äußerte ich mich auch dem Landeshauptmann gegenüber bei seiner Anwesenheit in Owinsk anfangs September 1919, was jedoch nicht zugegeben wurde. Während meiner Urlaubszeit hatte Dr. *W.*, der mich vertrat und dienstlich erfahren hatte, daß ich am 1. Oktober aus dem Amte scheiden sollte, schleunigst die Gelegenheit benutzt, den Landeshauptmann aufzusuchen und ihn zu bitten, die Wohnungsverhältnisse der Ärzte einer Änderung zu unterziehen und ihm zu gestatten, daß er seine bisherige Wohnung, die wegen der sehr großen, schwer und kostspielig zu heizenden Zimmer unbequem war, mit einer kleineren, im neuen Ärztehause befindlichen, mit Zentralheizung versehenen zu vertauschen, die von einem Kollegen seit Jahren bewohnt wurde, der dann seine Wohnung übernehmen sollte. Dies wurde ihm anscheinend auch anfangs vom Landeshauptmann zugebilligt, aber durch die Einwirkung des deutschen Dezernenten und meine Aussprache, die entschieden dagegen lautete, wobei ich auf das unkollegiale dieses Antrages hinwies, schließlich abgelehnt. Es wurde dann weiter verfügt, daß Dr. *Piotrowski* vom 1. Oktober ab, da ich doch nun weiter im Amte verbleiben wollte und man mich auch nicht mit Gewalt herausdrängen konnte, auch über Owinsk die Oberaufsicht erhielt. Dieser erließ dann auch selbständig Verfügungen und Verordnungen, wozu früher unter deutscher Verwaltung nicht einmal der Landeshauptmann berechtigt

gewesen wäre. So wurden die Verpflegungssätze der einzelnen Klassen, auch der Armenpfleglinge, von ihm erhöht und zwar mit rückwirkender Kraft und Termine dazu festgesetzt, die in einer neuen Verfügung wieder eine Änderung erfuhren, und vieles andere mehr, womit er vollauf seine Worte bestätigte, die er s. Z. an mich richtete, daß er nämlich gänzlich unerfahren wäre. Der Anstalt selbst gab er eigenmächtig einen andern Namen, nämlich „Psychiatrische Landesanstalt", während der Landeshauptmann stets an die Provinzial-Irrenanstalt, wie bisher, seine Schreiben richtete. Dr. *Piotrowski* besuchte und kontrollierte mich nun sehr häufig, doch es gelang mir trotzdem immer noch das Deutschtum in der Anstalt hochzuhalten bis zu dem Zeitpunkt, nämlich dem 1. 11. 1919, wo der alte Anstaltsinspektor sich wegen vorgerückten Alters pensionieren ließ und an dessen Stelle eine 62jährige Matrone trat, die Schwiegermutter der Tochter des Landeshauptmanns. Diese alte aber gebildete Frau, die fast kein Wort deutsch sprechen konnte, und mit der infolgedessen eine Verständigung sehr schwer war, hatte ihre kurze Ausbildung in Dziekanka genossen und trat eines Tages ihre Stelle in Owinsk an, ohne daß ich vorher eine Nachricht erhalten hatte. Diese Stelle sollte eigentlich für einen Militäranwärter oder Kriegsbeschädigten offengehalten werden. Solches war dem Pfarrer W. mitgeteilt worden. Dieser nämlich — das Bewerbungsschreiben habe ich selbst gelesen — hatte sich auch um die Inspektorstelle beworben unter der Bedingung, daß ich pensioniert, die Stelle gehoben würde, er in mein Haus ziehen dürfe und er meinen bisherigen Dienstgarten zugewiesen erhielte, denn er wäre doch durch seinen langjährigen Verkehr mit der Anstalt genügend vorgebildet! Durch diesen Stellungwechsel zog der polnische Geist in die Anstalt ein, da zugleich mit der alten Frau ein polnischer junger Mensch eintrat, der die Stelle des im Felde gefallenen Hausvaters übernahm, und dem insbesondere die schriftlichen Leistungen der Frau Inspektorin, denen sie nicht gewachsen war, mitübertragen wurden. Ich bin mit beiden in der kurzen Zeit trotzdem sehr gut ausgekommen. Am 1. 11. 1919 beging ich mein 25jähriges Dienstjubiläum als Direktor von Owinsk, wozu mir der polnische Landeshauptmann in einem Telegramm namens der Provinzialverwaltung noch die herzlichsten Glückwünsche aussprach, um am 22. 11. 1919 die Abschrift eines Schreibens an Dr. *R.* zur Kenntnisnahme und Begutachtung mir zuzuschicken folgenden Inhalts: „Geehrter Herr Doktor! Hiermit beauftrage ich Sie in der dortigen Anstalt 1. darauf zu achten, daß nichts geschieht, was den polnischen Interessen widersprechen könnte; 2. alle polnischen Sachen zu bearbeiten und zu erledigen. gez. *W. Wyczynski.*" und drei Tage darauf ging nachstehendes Schreiben an mich ein: „In Vervollständigung meines Schreibens betreffend die Tätigkeit des Herrn Dr. *R.* ersuche ich ergebenst, sämtliche eingehende und ausgehende Schriftstücke dem Herrn Dr. *R.* vorzulegen. Herr Dr. *R.* wird alle eingehenden Schriftstücke mitpräsentieren und die ausgehenden Schriftstücke gegenzeichnen. Irgendwelche Übersetzungen hat Herr Dr. *R.* nicht zu besorgen. gez. *W. Wyczynski.*" Meine Einwendungen, die ich sofort dagegen machte, und wobei ich besonders betonte, daß die bisher bestehenden administrativen Grundsätze sich nicht damit vertrügen, auch meine Autorität als Anstaltsdirektor schwer geschädigt



sei, wenn der jüngste und unerfahrenste Arzt zu meiner Kontrolle mir beigegeben würde, blieben ohne jede Antwort, dagegen erschien eines nachmittags, wie gewöhnlich unangemeldet, Dr. *Piotrowski*, bestellte sich ohne mir vorher etwas zu sagen, den Anstaltswagen zur Rückfahrt nach Posen, obgleich der Eisenbahnzug ihn zur selben Zeit dorthin gebracht hätte, und teilte mir im Kassenlokal, wo ich mich zufällig aufhielt, mit, daß er die Verwaltungsbeamten zu einer Besprechung bestellt hätte, verschwieg mir aber, daß auch Dr. *R.* hinzugerufen wäre. Was dort alles besprochen worden ist, geht z. T. aus folgendem Briefe hervor, den ich einige Tage später auf meinem Schreibtisch vorfand, und der wörtlich lautete: „Owinsk, den 18. 12. 1919. Herrn Geheimrat Dr. *Werner.* Hochwohlgeboren teile ich hiermit, gleichzeitig im Auftrage des Herrn Direktors *Piotrowski*, ganz ergebenst mit, daß Brennmaterialien (Kohle, Torf, Holz) an Ärzte und Beamte pp. vorläufig nicht mehr abgegeben werden dürfen und das Fällen von Bäumen auf dem Anstaltsgebiet nur mit meiner Einwilligung geschehen darf. Überhaupt bedürfen alle irgendwie wichtigen Anordnungen und Entscheidungen meiner Genehmigung, wie Herr Direktor *Piotrowski* mir gegenüber in Gegenwart von Frau D. und Herrn B. ausdrücklich erklärt hat. Als Dienstzimmer des Anstaltsdirektors soll fortan das neben dem Büro gelegene Zimmer gelten, sobald dasselbe frei ist. Das zur Heizung des Dienstzimmers bereits entnommene Brennmaterial soll, soweit es nicht verbraucht ist, der Anstalt zurückgegeben werden, worüber ich Herrn Direktor *Piotrowski* berichten muß. Mit vorzüglicher Hochachtung Dr. *R.*" Ich schickte dieses Schriftstück urschriftlich an den Landeshauptmann und fragte nach dem Grunde einer solchen beispiellosen Behandlung, damit ich mich verteidigen könnte, denn audiatur et altera pars! erhielt jedoch darauf erst nach langen Wochen den kurzen Bescheid, daß Herrn Dr. *Piotrowski* von der Kommission des Provinzialausschusses die Oberaufsicht über sämtliche Anstalten übertragen worden wäre und seine Verfügungen und Anordnungen ausnahmslos zu befolgen wären. Alle amtlichen Schreiben aus Dziekanka an die Anstalt waren in der Folgezeit adressiert: „An die psychiatrische Landesanstalt z. H. des kontrollierenden Arztes Dr. *R.*", letzterer öffnete dieselben und schickte sie dann in das Sekretariat, wo ich Kenntnis erhalten sollte. Diese kränkenden Maßnahmen veranlaßten mich, zumal auch inzwischen bestimmt sein sollte, daß bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Dr. *R.* und mir Dr. *R.*s Ansicht die ausschlaggebende sein würde, Ende Dezember den Landeshauptmann zu ersuchen, da ich unter den obwaltenden Umständen den Dienst, vor allem die Verantwortlichkeit nicht mehr übernehmen könnte, mich zu pensionieren. Dies wurde, ohne daß ich ein ärztliches Zeugnis beibrachte, sofort genehmigt. Ich wurde unter Zugrundelegung meines alten Diensteinkommens — eine Gehaltsaufbesserung, wie sie die anderen Beamten erhielten, war mir versagt worden — mit dem 1. April 1920 in den Ruhestand versetzt, die Pension sollte nur in polnischer Valuta ausgezahlt werden, die bei dem damaligen Stand der polnischen Mark 1399,35 M. jährlich betragen haben würde. Dagegen habe ich in einem an den Landeshauptmann in Posen gerichteten eingeschriebenen Briefe protestiert. Als ich Anfang Januar 1920 nochmals in Posen vorstellig wurde und meine Lage,

in die ich gekommen wäre und die ich als unhaltbar bezeichnete, dem Landeshauptmann schilderte und der Niedrigkeit der Gesinnung des Dr. *R.* in scharfen Worten und unverblümt Ausdruck gab, erklärte mir der Landeshauptmann in Gegenwart des polnischen Dezernenten, daß auch er meine Lage für unerträglich hielte, sich aber Dr. *Piotrowski* gegenüber soweit engagiert hätte, daß er nicht mehr helfend einwirken könne. Da ich nach seiner Ansicht dringend der Ruhe bedürfe, riet er mir, alsbald einen längeren Urlaub einzureichen, was auch geschah. Vom 18. Januar 1920 ab war ich bis zu meinem Weggange aus Owinsk, Anfang April, vom Dienste befreit. Doch nun mußte ich auch noch in pekuniärer Hinsicht möglichst viel geschädigt werden. Ich hatte schon erwähnt, daß ich einer der wenigen Anstaltsbeamten war, der keine Gehaltserhöhung erhielt, die sonst den Verhältnissen entsprechend den deutschen und polnischen Beamten und Bediensteten der Anstalt gewährt wurde und zwar mit rückwirkender Kraft. Indeß, da ich doch die Anstalt demnächst verlassen würde, könnte ich bei der Aufbesserung nicht berücksichtigt werden, so lautete die Begründung, im übrigen wurde mir eine Beschwerde beim Provinzialausschuß anheimgestellt, die ich jedoch als aussichtslos unterließ. Dagegen wendete ich mich in einem Schreiben an das polnische Ministerium, worin ich ausführlich die Verhältnisse schilderte, vor allem die offensichtliche Willkür, mit der bei mir verfahren worden war, und die gegen die gedruckten allgemeinen Bestimmungen und Verordnungen des Landeshauptmanns angewendet wurde, darzulegen und zu beweisen versuchte. Darauf erhielt ich überhaupt keinen Bescheid. Auch bezüglich meiner Emolumente mußte ich geschädigt werden. Es wurde von Dr. *Piotrowski*, natürlich durch die Vermittlung des kontrollierenden Arztes Dr. *R.*, angeordnet, daß mir das seit 25 Jahren innegehabte Dienstzimmer in meinem Wohnhause als solches entzogen wurde und ich das dafür erhaltene Heizmaterial zu bezahlen hätte und zwar nicht wie die anderen Beamten zum Selbstkostenpreise der Anstalt, sondern mit 15% Aufschlag. Dies ließ ich aber nicht geschehen, ich konnte Unterlagen beibringen, die ich zur Begutachtung an die Landesbauverwaltung einreichte, worauf die Verfügung einging, daß ich glaubhaft nachgewiesen hätte, daß ich für mein Dienstzimmer unentgeltlich eine bestimmte Menge Kohlen zu beanspruchen hätte. Damit jedoch gab man sich nicht zufrieden. Dr. *R.* schickte vielmehr folgenden Bericht an den Landeshauptmann: „Zu vorstehender Angelegenheit gestatte ich mir folgendes zu bemerken. Wenn Herr Geheimrat Dr. *Werner* festgestellt hatte, daß der Ofen seines Herrenzimmers so schlecht heizte, so konnte er der Anstalt viel Brennmaterial, namentlich die so knappen Kohlen dadurch ersparen, daß er sein früheres Dienstzimmer benützte; wie Herr Ingenieur Grz. bestätigen kann, herrschte in diesem Raume eine sehr mollige Temperatur, obwohl der betreffende Ofen nur mit Holz, wochenlang vorher aber gar nicht geheizt war. Als Herr Geheimrat Dr. *Werner* anfing sein Herrenzimmer auf Anstaltskosten heizen zu lassen, verlegte er auch sein Schlafzimmer, welches sich über 20 Jahre in einem andern Zimmer befand, in den neben dem sogenannten Dienstzimmer gelegenen Raum. Durch Öffnen der Türe wurde das Schlafzimmer von dem Dienstzimmer, also auf Anstaltskosten, etwas mitgeheizt. Auf diese Weise erklärt sich zum Teil auch

der hohe Kohlenverbrauch einerseits, die niedrige Temperatur im Zimmer andererseits. Außerdem möchte ich noch folgendes zu bedenken geben. Dem Oberpfleger P. steht auch ein Dienstzimmer zu, welches natürlich auf Anstaltskosten geheizt wurde. Als nun die Heizmaterialien knapp wurden, verzichtete Herr P. auf sein Dienstzimmer und machte die betreffenden Arbeiten in seiner Privatwohnung. Während Herr Geheimrat den größten Teil seiner Direktionsarbeiten in dem Zimmer des Rendanten verrichtete, sein Dienstzimmer also nur für ganz kurze Zeit am Tage benutzte, nahmen die dienstlichen Verrichtungen des Oberpflegers mehrere Stunden in Anspruch. Trotzdem hat der Oberpfleger P. nie daran gedacht, für sein Privatzimmer, das er so lange als Dienstraum benutzte, nun auch freie Beheizung von der Anstalt zu verlangen, obwohl es ihm bei seinem kleinen Einkommen viel eher zugestanden hätte als dem Anstaltsdirektor. Aus allen diesen Gründen bitte ich den Herrn Landeshauptmann, es bei der ersten Entscheidung vom 6. 1. 1920 zu belassen, wonach der Geheimrat Dr. *Werner* die ganze Summe im Betrage von 370,97 M. zu bezahlen hat. Andernfalls möchte aus Gründen der Gerechtigkeit der Oberpfleger P. ebenfalls Entschädigung für die Heizung erhalten. Dr. *R.*" Dieses Schreiben wurde befürwortend von dem stellvertretenden Direktor Oberarzt Dr. *W.* an den Landeshauptmann nach Posen geschickt. Das war aber selbst den Polen zu viel, und Dr. *R.* wurde mit seinem Antrage ohne weiteres abgewiesen. Als stellvertretender Direktor war nach meinem Abgange Dr. *W.* bestellt, der aber bereits Mitte August 1920 die Anstalt verließ, da er die Verantwortung nicht mehr länger übernehmen wollte, in Wirklichkeit aber den polnischen Wünschen und Anforderungen nicht entsprochen hatte. Jetzt bewahrheitet sich wieder einmal der Satz des alten Oxenstierna: „Die Welt wird mit wenig Klugheit regieret!" Augenblicklich steht nämlich an der Spitze der Anstalt ein 32jähriger polnischer Arzt, der kurze Zeit die erforderlichen Kenntnisse in der Psychiatrie und der Verwaltung in Dziekanka gewonnen hat, und mit ihm wirkt zum Wohle der Anstalt und Polens Dr. *R.*, dessen Wunsch leider nicht erfüllt wurde, den er so sehnlichst erstrebte, nämlich mein Nachfolger zu werden; denn dies wurde durch den energischen Einspruch der deutschen Anstaltsärzte noch verhindert. Aber auch er hat sich bereits an das Fürsorgeamt in Berlin gewandt und ist auch wirklich in die Liste der fürsorgeberechtigten Beamten eingeschrieben worden, genießt also, trotzdem er sein deutsches Vaterland verraten und sich mit Haut und Haaren den Polen verschrieben hat, dieselben Rechte und Vorteile wie der treue deutsche Beamte, der aus seiner Stellung mit Gewalt verjagt oder durch Demütigungen und Kränkungen gezwungen wurde, sein Amt niederzulegen. Ich habe seinerzeit Owinsk, wo ich die besten und glücklichsten Jahre meines Lebens zubrachte, mit leichtem Gepäck verlassen und auch bis jetzt noch keine Sehnsucht nach der Stätte verspürt, wo ich dienstlich und auch in gesellschaftlicher Beziehung so volle Befriedigung fand, wo ich aber im letzten Jahre so unendlich viel Trübes und Demütigendes erfahren mußte. Es ist in den Zeitungen und in öffentlichen Versammlungen viel von der schlechten Behandlung der Deutschen von seiten der Polen die Rede gewesen, aber diese Schilderungen reichen bei weitem nicht an die Wirklichkeit heran. Es ist unglaublich, was die

Polen in ihrem maßlosen Fanatismus an Ungerechtigkeit sich geleistet haben, aber um so bedauerlicher, wenn sie darin noch von Deutschen unterstützt werden, die in ihrer Kurzsichtigkeit und häufig aus reinem Strebertum sich gegen ihre eigenen Landsleute ausnutzen lassen.

Einer besonderen Aufforderung bin ich durch die Veröffentlichung dieser meiner Erfahrungen in der Ostmark nachgekommen; ich hatte mir vorgenommen, sine ira et studio meine Erlebnisse zu schildern. Wenn ich hin und wieder aus der Rolle fiel, bitte ich es zu entschuldigen mit den seelischen Aufregungen, die bei der Abfassung dieser Publikation, wo ich die traurigen Geschehnisse gewissermaßen nochmals durchlebte, mich überfielen, und denen ich offen Ausdruck geben mußte.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BLEULER ZÜRICH **BONHOEFFER** BERLIN **FISCHER** WIESLOCH **KLEIST** FRANKFURT A. M. **MERCKLIN** TREPTOW A. R.

PERETTI GRAFENBERG **STRANSKY** WIEN

DURCH

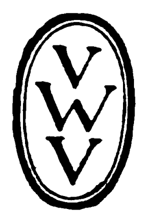
HANS LAEHR

WERNIGERODE-NÖSCHENRODE A. H., MÜHLENTAL 3

NEUNUNDSIEBZIGSTER BAND

DRITTES UND VIERTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 9. JUNI 1923



BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER VEIT & COMP.

1923



Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

3./4. Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Zum Entwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch vom Jahre 1919[1]).

Von

Dr. Vocke-Eglfing.

Nach jahrzehntelangen Kämpfen um eine zeitgemäße Reform des Strafrechts, nach 4 Vorentwürfen, wird die Reichsregierung demnächst ihr Projekt für die Umgestaltung des Strafgesetzbuches veröffentlichen.

Ein neuer Bau soll errichtet werden, nicht mehr im alten, streng geschlossenen Korridorsystem mit kleinen Fenstern, starrenden Gittern und der dräuenden Überschrift „Vergeltung", nein! — ein Komplex von Haupt- und Nebengebäuden, erfüllt von Luft und Licht und neuem Geist, soll neben der Sühne dienen der Gesundung und Erstarkung, der Wiederaufrichtung und inneren Befreiung, der Erprobung und Sicherung.

Heißumstritten war in den letzten 12 Jahren seit dem Erscheinen des ersten Vorprojektes der neue Stil, das System der Anlage, die Gliederung der Nebenbauten, brennend ist nun die Frage, was wird der Bauherr, der Reichstag, aus diesen Plänen machen, brennender noch das Gefühl, daß das verarmte deutsche Volk den neuen Bau im notwendigen Umfang nicht wird errichten können.

Noch ist der Ausführungsentwurf unbekannt, und Sie werden fragen, warum dann heute die kostbare Zeit an Überholtes verschwenden. Spät ist es allerdings, doch nicht zu spät, um unsere Stimme zu erheben. Aus guten Gründen wird allgemein angenommen, daß der kommende Entwurf im wesentlichen auf jenem von 1919 fußen wird, da die Regierung die Diskussion geschlossen und einen der Miturheber des Entwurfes zum Chefarchitekten für das Projekt bestellt hat.

Ein langer Weg ist noch bis zur Vollendung. Weniger denn je scheint heute unserem Volke jene innere und äußere Ruhe beschieden,

---

[1]) Referat auf der Jahresvers. d. Deutschen Vereins f. Psychiatrie zu Leipzig, Sept. 1922.

die nach *Bumke* dazu gehört, um das Werk der Strafrechtsreform zu einem glücklichen Ende zu führen.

Nicht gering ist die Gefahr, daß das Werk als Ganzes scheitert an unüberbrückbaren Gegensätzen, selbst wenn alle einzelnen Teile wechselnden Mehrheiten im Parlamente entsprechen würden.

Knapp ist zwar Ihre Zeit heute bei der Fülle der Tagesordnung, doch nicht zu knapp, wenn Bericht und Aussprache sich auf das Wichtigste und Drängende beschränken. Im großen und ganzen erfüllt der Entwurf das, was von psychiatrischer Seite gefordert werden mußte und von unserem Verein vertreten wurde. Die neuesten Besprechungen und Anregungen in unserer Fachliteratur sind Ihnen bekannt; um Worte und Formeln, um Unwesentliches und Längstgesagtes zu streiten, ist nicht unsere Aufgabe. Die Aufgabe des Deutschen Vereins für Psychiatrie ist es vielmehr, mit dem Gewichte seiner Meinung für einige grundsätzliche Änderungen einzutreten und einigen neueren Anregungen Nachdruck zu verleihen.

Hierzu bedarf es keines Referates über Vorgeschichte, Gesamtstoff und Literatur, sondern nur der Betrachtung einiger Ausschnitte, deren Ergebnis ich in 4 Leitsätze zusammenfassen werde.

Im übrigen verweise ich auf die Veröffentlichungen von *Aschaffenburg*, *Berze*, *Göring*, *Mönkemöller*, *Raimann*, *Schäfer* u. a. und insbesondere auf die jüngst im Archiv erschienene ausgezeichnete und umfassende kritische Arbeit von *Schultze*, dessen wichtige Anträge ich zum Teil übernehme.

Mein verehrter Herr Korreferent wird die allgemeinen Tendenzen des Entwurfs beleuchten und bewerten, so daß ich sofort dem wichtigen Einzelnen mich zuwenden kann.

1. Fehlende Zurechnungsfähigkeit schließt nach dem Entwurf im Gegensatz zum geltenden Recht nicht nur die Strafbarkeit, sondern auch die Schuld aus. (§ 10.) „Nicht zurechnungsfähig ist, wer zur Zeit der Tat wegen Bewußtseinsstörung, wegen krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder wegen Geistesschwäche unfähig ist, das Ungesetzliche der Tat einzusehen oder seinen Willen dieser Einsicht gemäß zu bestimmen." (§ 18.)

Ob es heißt „zur Zeit der Tat", „zur Zeit der Begehung der Tat" oder „bei Begehung der Tat" ist praktisch belanglos. Die Feststellung der Täterschaft in allen Fällen auch bei fehlender Zurechnungsfähigkeit ist allerdings von unserem Verein, besonders von *Möli*, aber auch von juristischer Seite mit Rücksicht auf die Rechtsfolge der Sicherungsverwahrung gefordert worden, um einen nur verdächtigten geistes-

kranken Nichttäter vor unabsehbaren Folgen zu schützen. Mancher von uns hat den einen oder anderen Fall erlebt, wo ein Kranker im Hinblick auf eine Straftat, deren er verdächtigt, aber nicht überführt war, verwahrt werden mußte, trotz peinlicher Zweifel an seiner Täterschaft, mit der die Annahme seiner Gefährlichkeit stehen oder fallen mußte. Durch prozessuale Vorschrift, wie der Verein meinte, kann die gesonderte Feststellung der Täterschaft und Zurechnungsfähigkeit, wie sie im alten preußischen Strafrecht vorgesehen war (*Goldschmidt*), wohl angeordnet werden, auch für Schwurgerichte, wenn das Verfahren durchgeführt wird. Allein die Täterschaft kann nicht festgestellt werden, wenn Staatsanwalt oder Gericht das Verfahren einstellen, weil eine weitere Verfolgung des mutmaßlichen Täters wegen fehlender Zurechnungsfähigkeit aussichtslos ist, und dies ist der häufigere Fall. Aus finanziellen Gründen und bei der häufigen Undurchführbarkeit des Verfahrens gegen einen Geisteskranken ist es wohl ausgeschlossen, daß das Strafgesetz durch seinen Wortlaut in allen Fällen auf der Feststellung der Täterschaft besteht und vorherige Verfahrenseinstellungen unzulässig macht.

Über die zweckmäßige Kennzeichnung der Merkmale aufgehobener Zurechnungsfähigkeit ist viel diskutiert und mit Schärfe gekämpft worden. Ich halte den Vordersatz mit seiner Aufzählung von drei biologischen Zuständen anormaler Geistesverfassung für entsprechend und brauchbar, wenn auch die Worte „krankhafter Störung der Geistestätigkeit“ einfach durch „Geistesstörung“ ersetzt werden könnten. Ich halte insbesondere die ausdrückliche Aufführung der Geistesschwäche für durchaus angebracht wegen der besonderen Stellung, die sie nicht nur in der Auffassung des Richters und in der Meinung des Volkes, sondern auch nach medizinischem Sprachgebrauch gegenüber der Geisteskrankheit dort einnimmt, wo sie als Geistesgebrechen an sich bei Mißbildungen und Entwicklungshemmungen, nach Verletzungen und abgelaufenen Krankheiten besteht und sich ähnlich wie die körperliche Krüppelhaftigkeit von der Krankheit unterscheidet. Ich fürchte keine Verwirrung, wie *Göring*, davon, daß infolge der Rechtsanwendung gegen die Meinung der Urheber Geistesschwäche im Sinne des § 6 BGB. als ein geringerer Grad von Geisteskrankheit angesehen wird, ich halte weiter die besondere Hervorhebung der Trunksucht, die *Schäfer* wünscht, nicht für erforderlich. Nachdem wir nicht nur von Bewußtlosigkeit, Blödsinn und Geisteskrankheit sprechen, sondern von Störungen verschiedenster Intensitätsgrade, ist die Forderung nach psychologischen Merk-

malen, die als Folge jener Zustände verwirklicht sein müssen, damit die fehlende Zurechnungsfähigkeit begründet werden kann, vollauf berechtigt. Für richtiger würde ich es jedoch halten, zu sagen: „das Unrecht" der Tat (österreichischer Entwurf, *Berze*, *Göhring*, *Wagner v. Jauregg*) und „sein Verhalten nach dieser Einsicht zu bestimmen" (*Frank*), denn das Wort „Ungesetzliche" könnte, abgesehen von anderem, dazu führen, als Kriterium der Zurechnungsfähigkeit die Kenntnis der Strafgesetze anzusehen und vorauszusetzen, worauf auch *Goldschmidt* hinweist. Bezüglich der von *Aschaffenburg* vorgeschlagenen und auch von anderen Autoren unterstützten Fassung „dieser Einsicht gemäß zu handeln", scheint mir der Einwand *Franks* zutreffend, daß die bessere Einsicht ja nicht zum „Handeln", sondern zum „Unterlassen" führen werde und solle.

Ich übergehe schließlich die berechtigten Ausstellungen an den Worten „Zurechnungsfähigkeit", „verminderte Zurechnungsfähigkeit" und „Unzurechnungsfähigkeit" (*Kahl*, *Raimann*, *Schultze*, *Träger* a. a.), um dies gleich hier einzuflechten, sprachlichen Mißgeburten, die der Logik entbehren, ich bin aber mit *Berze* der Meinung, daß diese luteingebürgerten Worte aus dem Sprachschatz der Allgemeinheit nicht mehr entfernt werden können.

2. **Verminderte Zurechnnngsfähigkeit.** — Von ihr handelt der 2. Absatz des § 18, welcher lautet: „War die Fähigkeit" — nämlich das Ungesetzliche der Tat einzusehen und seinen Willen gemäß dieser Einsicht zu bestimmen — „zur Zeit der Tat aus einem dieser Gründe" — Bewußtseinsstörung krankhafte Störung der Geistestätigkeit, Geistesschwäche — „nur in hohem Grade vermindert, so ist die Strafe zu mildern (§ 111). Dies gilt nicht bei Bewußtseinsstörungen, die auf selbstverschuldeter Trunkenheit beruhen."

Wenn heute die E nführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit in das Strafgesetz nur noch wenige Gegner hat und ihrer Verwirklichung entgegensieht, so ist das nicht zum wenigsten das Verdienst der psychiatrischen Vorkämpfer, von welchen ich aus vielen nur *Aschaffenburg*, *Cramer*, *Jolly*, *Kräpelin*, *Möli* und *Schultze* als einige der Verdienstvollsten nennen möchte.

Allein wir wollen eine verminderte Zurechnungsfähigkeit, das hat der Verein schon 1911 ausdrücklich betont, **nur in Verbindung mit Sicherungsmaßnahmen**, insbesondere mit der Sicherungsverwahrung. Die mindere Strafe allein würde das Gegenteil von dem bewirken, was wir wollen, sie würde nicht hemmend auf jene geistig Minderwerten wirken, sondern sie direkt anreizen zu neuen Rechts-



brüchen) die Allgemeinheit würde nicht geschützt, sondern gefährdet. Das müssen wir mit aller Schärfe betonen, denn schon die Denkschrift (S. 85) läßt mit einer gewissen Resignation durchblicken, daß die Durchführbarkeit der vorgesehenen Besserungs- und Sicherungsmaßregeln infolge der Finanzlage des Reiches und der Länder unmöglich sein könne, und *Ebermayer* teilt mit, daß sich schon der Gedanke rege, lieber diese Vorschriften des Abschnittes 12 im Einführungsgesetz einstweilen zu suspendieren, als der finanziellen Undurchführbarkeit wegen das ganze Gesetz scheitern zu lassen.

Verminderte Zurechnungsfähigkeit ohne Sicherungsverwahrung aus Sparsamkeitsrücksichten wäre in vielen Fällen gleichbedeutend mit der Handlungsweise jener Behörde, die auf einem Pulverturm als Blitzschutz zunächst nur eine Auffangestange anbringen ließ, um die Kosten der Leitung zu sparen.

Ohne Sicherungsmaßregeln also keine verminderte Zurechnungsfähigkeit!

Die zweite Forderung muß sein, daß die Worte „in hohem Grade" vermindert ersetzt werden durch „erheblich" oder „in erheblichem Grade".

Der Schweizer Entwurf von 1918 verlangt nur, daß der Täter in seiner geistigen Gesundheit oder in seinem Bewußtsein beeinträchtigt oder mangelhaft entwickelt war, und daß dadurch die Fähigkeit, das Unrecht der Tat einzusehen und gemäß dieser Einsicht zu handeln, herabgesetzt war. Vom psychologischen Standpunkt aus ist diese Fassung nur begrüßenswert, allein in der Praxis kann sie doch zu dem Mißbrauch führen, daß die Einrede der verminderten Zurechnungsfähigkeit zur häufigen Gewohnheit wird.

Andererseits geht die Forderung des deutschen Entwurfs nach einem „hohen Grade" der Verminderung zu weit. Was ist z. B. ein hoher Grad von Wahrscheinlichkeit? „60", „70", „80", „90 % der Chancen", so werden die verschiedenen Antworten lauten auf diese Frage je nach dem subjektiven Ermessen des Beantworters, und so werden Sachverständige und Richter da und dort in der Praxis mit bedenklich verschiedenen Maßstäben messen. Selbstverständlich wird man einen Einheitsmaßstab nie ermitteln und festsetzen können, mag es nun in erheblichem oder in hohem Grade heißen, allein psychologisch liegt die Sache doch so, daß eine geistige Minderwertigkeit für das Zustandekommen gewisser rechtswidriger Handlungen von ausschlaggebendem Einfluß sein kann, auch wenn die Einsicht an sich nicht vermindert, aber in ihrer bestimmenden Wirkung schwächer



als der abnorm gesteigerte Antrieb ist, z. B. bei den Affektbehandlungen der Epileptiker, den gewohnheitsmäßigen Vergehen psychopathischer Landstreicher usw.

Letzten Endes wird der Grad der Verminderung überhaupt schwer abzuschätzen und nicht das einzig Ausschlaggebende sein können und dürfen, das Urteil der verminderten Zurechnungsfähigkeit, d. h. der geistigen Minderwertigkeit, der im Sinne des Gesetzes verminderte Schuld und verminderte Strafe zukommt, muß aus der Gesamtpersönlichkeit des Angeschuldigten, seiner Abstammung und Entwicklung, seinem Lebensgang und Zustand gewonnen werden. Um so weniger sollte das Gesetz durch die Forderung nach einem „hohen" Grade den psychologischen Tatsachen und dem Ermessen des Richters einen so bedenklichen Zwang antun.

Gegen die etwaige Fassung „wesentlich" vermindert, die sich in einigen Vorschlägen zu dieser Entwurfstelle findet, muß ich mich entschieden aussprechen, da der Begriff der „wesentlichen" Verminderung wohl noch enger aufgefaßt werden würde als der der „hochgradigen", wie mir von geschätzter Seite erklärt wurde.

Wird verminderte Zurechnungsfähigkeit anerkannt, so hat obligatorisch Strafmilderung einzutreten, und zwar nach den Bestimmungen des § 111: „An die Stelle von Todesstrafe tritt lebenslanges Zuchthaus oder Zuchthaus nicht unter 3 Jahren. An die Stelle von lebenslangem Zuchthaus tritt Zuchthaus nicht unter 3 Jahren. An die Stelle von zeitigem Zuchthaus kann auf Gefängnis von einem Tage bis zur Höchstdauer der angedrohten Zuchthausstrafe erkannt werden. Sind andere Strafen angedroht, so gilt § 110, und es darf auf das Höchstmaß nicht erkannt, auf das gesetzliche Mindestmaß (1 Tag bei Gefängnis, Einschließung und Haft; 5 M. bei Geldstrafe) auch dann herabgegangen werden, wenn ein erhöhtes Mindestmaß angedroht ist. In besonders leichten Fällen kann nach dem Entwurf weiterhin bei einer Reihe von Straftaten von einer Strafe überhaupt abgesehen oder nur auf Verweis erkannt werden. Auf Nebenstrafen und Nebenfolgen sowie Maßregeln der Besserung und Sicherung kann auch neben der gemilderten Strafe erkannt werden.

Bei der Vollstreckung von Freiheitsstrafen gegen vermindert Zurechnungsfähige ist nach § 52 deren Geisteszustand zu berücksichtigen. Wenn dieser es erfordert, sind die Gefangenen in besonderen Anstalten oder Abteilungen unterzubringen. Zuchthausgefangene sind, soweit möglich, von anderen Gefangenen getrennt zu halten. Die Strafmilderung ist also eine obligatorische in vorgeschriebenem Rahmen.

Von manchen Seiten wurde dafür eingetreten, daß der Richter nach freiem Ermessen die Strafe soll mildern können, wie der Schweizer Entwurf das vorsieht. Allein man wird *Frank* zustimmen, daß alsdann die individuelle kriminalpolitische Auffassung des Richters von ungebührlichem Einfluß werden könne.

Sehen wir ab von den schwersten Verbrechen, so ist der Strafrahmen ein außerordentlich weiter, so daß in seinen Grenzen der psychischen Persönlichkeit des Täters und dem Grade seiner Schuld volle Gerechtigkeit widerfahren kann. Ungenügend ist die Möglichkeit der Milderung bei Verbrechen insofern, als dort auch bei verminderter Zurechnungsfähigkeit in gewissen Fällen auf Zuchthaus erkannt werden muß, in allen anderen Fällen erkannt werden kann.

Die Zuchthausstrafe wird für den geistig Minderwerten oft gänzlich ungeeignet oder gefährlich, nicht selten zu hart und ungerecht gegenüber seiner Schuld sein, zumal noch lange Sicherungsverwahrung an die Strafe sich anschließen kann. Aus diesem Grunde sind auch *v. Calker* und *Frank*, ebenso wie *v. Liszt* und *Oetker* dafür, daß beim vermindert Zurechnungsfähigen an Stelle der Zuchthaus- stets Gefängnisstrafe treten solle.

Der Vollzug einer Zuchthausstrafe an einem geistig Minderwerten kann ebenso schwi rig für die Vollstreckungsbehörde als verheerend für den Geisteszustand des Sträflings werden. Brandstiftung, Notzucht, Raub mit Todesfolge sind Verbrechen, die mit lebenslangem Zuchthaus bedroht sind, Verbrechen, deren Tatbestand zuweilen gerade von geistig Minderwerten verwirktlich wird, ohne daß der furchtbare Endeffekt von ihnen gewollt oder nur als möglich vorausgesehen wurde. Hier müßte auf Zuchthaus erkannt werden, und bei allen anderen mit Zuchthaus bedrohten Verbrechen kann die individuelle kriminalpolitische Einstellung des Richters oder der Eindruck der Tat auf den Laienrichter dazu führen, daß auf Zuchthaus erkannt wird, ohne der psychischen Minderwertigkeit des Täters und seiner wirklichen Schuld genügende Gerechtigkeit angedeihen zu lassen.

Ich komme daher zu dem Schlusse, daß der Strafrahmen des § 111 Abs. 2 im Falle der verminderten Zurechnungsfähigkeit nach oben zu weit gefaßt ist, und daß sich besondere Strafmilderungsgrundsätze für dieselbe als notwendig erweisen, welche ein obligatorisches Erkennen auf Zuchthaus jedenfalls, am besten vielleicht Zuchthausstrafe überhaupt, ausschließen.

Die Regelung des Strafvollzuges ist Gegenstand des Strafvollzuggesetzes, dessen Entwurf erst noch zu erwarten ist. Daß und aus



welchen Gründen die geistig Minderwerten einer besonderen Art des Strafvollzuges, wenn irgend möglich in besonderen Anstalten, nicht nur in besonderen Abteilungen, bedürfen, ist von vielen Seiten immer wieder betont und eingehend begründet worden. Ich habe dem nichts hinzuzufügen.

Strafschärfungen hat unser Verein seinerzeit in Leitsatz V bei vermindert Zurechnungsfähigen als unzulässig erklärt. Der Entwurf sieht solche im erfreulichen Gegensatz zum § 18 des V. E. überhaupt nicht mehr vor.

Auf Grund dieser Ausführungen empfehle ich dem Verein anzunehmen den folgenden Leitsatz I:

Die Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit ohne die Maßregel der Sicherungsverwahrung wäre im höchsten Grade bedenklich, würde direkt anreizend zu Rechtsbrüchen wirken und eine erhöhte Gefahr für die Rechtssicherheit bedeuten.

Die Worte „in hohem Grade“ in § 18 II des Entwurfs sind durch „erheblich“ zu ersetzen.

Der Strafrahmen des § 111 II entspricht nicht dem Wesen der verminderten Zurechnungsfähigkeit, da er Zuchthausstrafe bei einigen Straftaten obligatorisch macht, bei allen Verbrechen zuläßt.

3. Berauschte und Trinker. — Nach einer besonderen Kriminalstatistik Bayerns für das Jahr 1912 hatten von 86 207 verurteilten Angeklagten 8445 im Zustande der Trunkenheit, 184 im chronischen Alkoholismus die Straftat begangen. Obwohl dieses Ergebnis von 10 % sicher hinter der Wirklichkeit noch erheblich zurückbleibt, erhärtet es neuerdings die Wirkung des Alkoholmißbrauches auf die Kriminalität. Wie auch sonst die Strafrechtsreform die Kriminalität an ihren Wurzeln zu fassen bestrebt ist, so auch hier der Entwurf durch die direkte Bekämpfung der Trunkenheit und Trunkfälligkeit, indem eine grundsätzliche Ausnahmebestimmung und eine Reihe von Besserungs- und Sicherungsmaßregeln vorgesehen sind, von welch letzteren später die Rede sein wird.

Liegt bei einem Berauschten oder Trinker eine Geistesstörung oder Geistesschwäche mit den Merkmalen des § 18 Abs. 1 oder 2 vor, so finden auf ihn die Bestimmungen über die fehlende oder verminderte Zurechnungsfähigkeit ohne Einschränkung Anwendung; ebenso wenn eine Bewußtseinsstörung infolge unverschuldeter Trunkenheit die Zurechnungsfähigkeit verminderte oder aufhob.

Lag aber eine Bewußtseinsstörung infolge schuldhafter Trunkenheit vor, so bleibt dem Täter, auch wenn sonst die psychologischen Merkmale der verminderten Zurechnungsfähigkeit gegeben sind, die Strafmilderung des § 111 versagt; hat die Bewußtseinsstörung die Zurechnungsfähigkeit aufgehoben, so daß er nicht bestraft werden konnte, so wird er nach § 274 mit Gefängnis bis zu 6 Monaten oder Geldstrafe bis zu 3000 M., im Wiederholungsfalle mit Gefängnis bis zu 2 Jahren oder Geldstrafe bis zu 20 000 M. bestraft. Daneben kann die Unterbringung in einer Trinkeranstalt oder im Arbeitshaus angeordnet werden. Die verschärfte Strafe trifft ihn auch dann, wenn er wegen strafbarer Ausschreitungen im Trunke schon früher verurteilt worden war.

Wir dürfen in diesen Bestimmungen eine wesentliche Verbesserung gegenüber den Absichten des Vorentwurfs erblicken und die vom Verein seinerzeit im Leitsatz IV gegebenen Anregungen als erfüllt ansehen.

Bei der Häufigkeit der Alkoholintoleranz, ihrer nach Zeit und Umständen wechselnden Intensität wird für den Sachverständigen und Richter die Entscheidung, ob eine Trunkenheit schuldhaft war oder nicht, oft äußerst schwierig werden und doppelt verantwortungsvoll bei den weittragenden Folgen. Nach der Denkschrift (S. 220) versetzt sich derjenige schuldhaft in Trunkenheit, dem ein sittlicher Vorwurf daraus zu machen ist, daß er sich betrunken hat. Schon im Hinblick auf diese Definition empfiehlt es sich auch in § 18 II von „schuldhafter" und nicht von „selbstverschuldeter" Trunkenheit zu sprechen.

4. Maßregeln der Besserung und Sicherung. — Als solche sind neben Aufenthaltsverbot im Entwurfe vorgesehen: bei fehlender oder verminderter Zurechnungsfähigkeit: Schutzaufsicht oder, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert, Verwahrung in einer öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt (§ 88);

für Trunksüchtige: Auferlegung besonderer Pflichten, Schutzaufsicht, Wirtshausverbot, Unterbringung in einer Trinkeranstalt, im Arbeitshaus, in einer Heil- und Pflegeanstalt (§§ 88, 91—94, 281);

für Liederliche und Arbeitsscheue: Arbeitshaus (§§ 95 bis 99);

bei für die Rechtssicherheit gefährlichen, gewerbs- oder gewohnheitsmäßigen Verbrechern Sicherungsverwahrung (§§ 100 bis 102 und 120).

Die Fülle der Bedenken und ungeklärten Fragen, die sich bei



diesen Bestimmungen des 12. Abschnittes ergeben, können sie aus der Tatsache ermessen, daß *Schultzes* psychiatrische Kritik derselben 50 volle Druckseiten umfaßt. Seine zahlreichen und treffenden Anregungen werden gewiß bei der weiteren Beratung und Gestaltung des Gesetzentwurfs die verdiente Beachtung finden, eine Stellungnahme des Vereins erscheint mir aber dringend geboten zur Sicherungsverwahrung der vermindert Zurechnungsfähigen, zu den Maßregeln für Trinker und zum Verfahren bei der Anordnung und Aufhebung einer Verwahrung bzw. Unterbringung.

Der Gedanke, die Sicherungsverwahrung der als vermindert zurechnungsfähig Verurteilten nach bedingter Strafaussetzung, vorläufiger Entlassung oder verbüßter Strafe in öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten, also in Irrenanstalten, zu bewerkstelligen, beruht auf ganz falschen Voraussetzungen, die trotz vielfachen Einspruches seit dem Erscheinen des Vorentwurfs nicht korrigiert worden sind. Dieser abwegige Gedanke kann nur der ganz irrigen Vorstellung entsprungen sein, daß es sich eigentlich um Personen mit verminderter Unzurechnungsfähigkeit, nicht um solche mit verminderter Zurechnungsfähigkeit handelt, und das starre Festhalten an diesem Gedanken trotz aller Einwände mag sich daraus erklären, daß man vielleicht zu glauben scheint, die Vertreter der Psychiatrie sprächen hier vom Interessenstandpunkt aus, um sich unbequeme Kranke aus ihren Anstalten fernzuhalten. Allein davon ist keine Rede!

Die als vermindert zurechnungsfähig Verurteilten sind keine Kranken, sondern Zurechnungsfähige mit verminderter Schuld. Bei ihnen fehlen alle Voraussetzungen zur Verwahrung in einer Irrenanstalt, und bei den Irrenanstalten hinwiederum fehlen alle Voraussetzungen für die Erreichung des speziellen Verwahrungszweckes, der ohne eine gewisse Straffheit der Disziplin bei aller individuellen Behandlung und ohne den Zwang zu regelmäßiger und ordentlicher Arbeit von normaler, täglicher Dauer nicht erreicht werden kann. Straffe Disziplin und Arbeitszwang sind in dem Regime der Irrenanstalt aber direkt verpönt und undurchführbar. Es ist also gänzlich verfehlt, hier an eine Sicherungsverwahrung in Irrenanstalten zu denken. Es kommt keine Heilbehandlung, keine körperliche Pflege in Frage, sondern eine psychisch-pädagogische Einwirkung mit zweckvoll gerichtetem Arbeitszwang, wobei die Freiheitsentziehung sowohl zur Herbeiführung einer Besserung mitwirken als dem Schutze der Rechtssicherheit dienen soll. Die Zustände, welche die verminderte Zurechnungsfähigkeit begründen, können vorüber-

gehende oder dauernde sein. Bei vorübergehenden Zuständen wird in der Regel eine Sicherungsverwahrung überflüssig sein. Bei dauernden ist zu unterscheiden zwischen den an sich harmlosen, zugänglichen und gut beeinflußbaren Gelegenheitssündern ohne antisoziale Instinkte und zwischen den antisozialen, strafunempfindlichen Rückfalls- und Gewohnheitsrechtsbrechern, die ein nicht geringes, wahrscheinlich sogar ein großes Kontingent für den Bereich der geminderten Zurechnungsfähigkeit stellen werden. Bei den ersteren wird häufig Schutzaufsicht, eventuell mit bedingter Anordnung einer Verwahrung genügen, bei letzteren muß sichere und längere Verwahrung mit intensiver Einwirkung auf Einsicht, Gefühls- und Willensleben stattfinden, wozu besondere Anstalten unter psychiatrischer Leitung oder mit weitgehendem psychiatrischen Einfluß, mit guten Sicherheitseinrichtungen, wie sie den Irrenanstalten mangeln, mit entsprechend zahlreichen zum Teil handwerksmäßig ausgebildetem Aufsichtspersonal (Werkaufsehern) erforderlich sind.

Die Zahl der vermindert Zurechnungsfähigen, die einer Sicherungsverwahrung bedürfen, wird keine kleine sein, da sie aber jetzt zum Teil die Strafanstalten füllen, werden diese mehr und mehr eine Entlastung erfahren, so daß einige derselben der neuen Verwendung als Verwahrungsanstalten zugeführt werden können.

Justizverwaltung und Volksvertretung werden sich diesen zwingenden Gründen für die Sicherheitsverwahrung der vermindert Zurechnungsfähigen in besonderen Anstalten nicht verschließen dürfen und können, zu welchen noch die Pflicht kommt, den Irrenanstalten ihren heutigen auf den Heilzweck eingestellten Charakter im Interesse der Kranken und ihrer Angehörigen zu wahren. Endlich ist es verwunderlich, daß bis heute die Träger der öffentlichen Irrenfürsorge, die in Preußen und Bayern nicht identisch mit dem Staate sind, noch nicht energischen Protest eingelegt haben gegen die durch den Entwurf ihnen zugemutete, unabsehbare finanzielle Belastung, gegen die Deklassierung ihrer mit großen Opfern für den Heilzweck ausgestatteten Krankenanstalten und gegen die Gefährdung der Aufnahmefähigkeit derselben durch ungezählte der Sicherungsverwahrung Bedürftige, die nicht geisteskrank und einer Anstaltsbehandlung nicht bedürftig sind.

Eine Stellungnahme des Vereins ist dringend geboten in folgender Form:

Leitsatz II: „Für die Sicherungsverwahrung der vermindert Zurechnungsfähigen sind die Heil- und Pflege-



anstalten (Irrenanstalten) gänzlich ungeeignet. Vor der Verwirklichung dieses verfehlten Gedankens wird mit allem Nachdruck gewarnt."

Auch bei den Bestimmungen über die Besserungs- und Sicherungsmaßregeln gegen dem Trunke ergebene Rechtsbrecher sehen wir eine Verkennung der tatsächlichen Verhältnisse und des Wesens des Alkoholismus, indem die Anordnung jener Maßregeln von vorausgegangener Verurteilung, vom Strafmaß, von früheren Ausschreitungen, von Trunkenheit bei der Tat, von der Neigung zu Ausschreitungen im Trunke, von Trunksucht in einem vom ärztlichen Standpunkt aus unbegründeten und so bunten Wechsel abhängig gemacht wird, daß *Schulze* schon bei seinem Referat auf der Medizinalbeamtentagung in Nürnberg die unabweisbare Notwendigkeit einer tabellarischen Übersicht für die Orientierung erkannt hatte, wozu dann noch die Kenntnis der einschlägigen Paragraphen nötig ist. Ich verweise auf seine ausführliche Darstellung des Stoffes und die ausgeschlossene Kritik. Für uns kommt es heute nur darauf an, mit aller Eindringlichkeit hervorzuheben, daß der Kampf gegen die Kriminalität des Alkohols nur dann mit Erfolg geführt werden kann, wenn das Gericht frei von willkürlichen fesselnden Bestimmungen, in allen Fällen, wo es sich um einen dem übermäßigen Alkoholgenuß ergebenen Täter handelt, jene Maßregeln der Besserung und Sicherung anordnen kann, welche Zustand, Persönlichkeit und Verhältnisse des Täters, seine Bedürftigkeit an Schutzaufsicht, an Behandlung oder Verwahrung einerseits und die Rechtssicherheit andrerseits erfordern. Daß dabei alle unnötige Härte vermieden, jede sich bietende Chance der eigenen Willenskräftigung und freiwilligen Umkehr ausgenutzt werden kann und soll, wird im folgenden Abschnitt betont werden.

Nur ein paar Worte noch über das Wirtshausverbot. Seine Durchführbarkeit, Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Zulässigkeit ist von Juristen und Psychiatern lebhaft umstritten worden. Die größte Gefahr liegt, wie *Aschaffenburg* hervorhebt, sicher darin, daß der Richter glaubt, mit dem Wirtshausverbot etwas getan zu haben, und das Richtigere, die Unterbringung in einer Trinkeranstalt, unterläßt. Durch die Zulässigkeit der bedingten Anordnung einer Unterbringung in der Trinkeranstalt würde diese Gefahr verringert werden.

Trotz eigener Bedenken möchte ich den Verein nicht veranlassen, sich gegen das Wirtshausverbot auszusprechen, das immerhin in manchen Fällen und an manchen Orten doch ein taugliches Hilfsmittel sein kann. Ob es der Volksvertretung zusagen



wird, erscheint mir allerdings zweifelhaft, denn nicht überall sind die Arbeiterkreise und ihre Führer so durchdrungen von der Notwendigkeit der Bekämpfung des Alkoholismus im eigensten Interesse des Arbeiters selbst wie an manchen Orten, wo sie in eigenen Vereinigungen durch Turnen, Gymnastik, Athletik, Sport aller Art u. a. die Jugend den Lockungen und Gefahren des Alkoholismus zu entziehen bemüht sind.

Ich fasse zusammen in Leitsatz III:

„Die Möglichkeit der Anwendung von Besserungs- und Sicherungsmaßregeln gegenüber Trinkern muß von allen willkürlichen fesselnden Bestimmungen befreit und ausschließlich durch das individuelle Bedürfnis und die Gefährdung der Rechtssicherheit bestimmt werden."

Noch einige Anregungen allgemeiner Art zu diesem Abschnitte erscheinen mir notwendig.

Die Anhörung ärztlicher Sachverständiger vor der Entscheidung über die zu treffenden Maßregeln ist in allen Fällen, wo es sich um geistig abnorme oder dem Trunke ergebene Personen handelt, geboten, wenn das Richtige getroffen werden will (*Aschaffenburg*, *Schultze*). Sie sollte, wie im Schweizer Entwurf, (Art. 15), im Gesetze angeordnet werden.

Die Auswahl der Maßregel ist dem vorliegenden Bedürfnisse streng anzupassen. Oft wird schon Schutzaufsicht genügen, namentlich dann, wenn durch entsprechende Vollzugsvorschriften der Schutzfürsorger mit ausreichenden Befugnissen, wie sie der besondere Zweck erheischt, ausgestattet, wenn die Schutzfürsorge umfassend organisiert wird und überall geeignete Persönlichkeiten gewonnen werden. Die Schutzaufsicht wird noch wirksamer gestaltet werden können durch ihre Verbindung mit der bedingten Anordnung, d. h. mit der gleichzeitigen Anordnung einer Verwahrung oder Unterbringung, deren Vollzug jedoch ausgesetzt wird unter der Bedingung, daß der unter Schutzaufsicht Gestellte durch gute Führung sich bewährt.

Eine derartige Bestimmung, wie sie *Schultze* anregt, ähnlich wie die der bedingten Strafaussetzung (§ 63) würde in vielen Fällen außerordentlich segensreich wirken und härtere und kostspieligere Maßregeln entbehrlich machen. Wie unsere Erfahrung zeigt, ist der Druck einer drohenden Internierung oder Wiederinternierung bei besonnenen Kranken, Geistesschwachen und Trinkern oft recht wirksam und ein taugliches Mittel, die noch vorhandene Besonnenheit zu beleben.



Hemmung zu schaffen und die darniederliegende Willenskraft wieder aufzurichten.

Weiter ist zu ändern die Bestimmung des § 90, daß das Gericht, wenn es die Fortdauer einer Verwahrung über 2 Jahre hinaus anordnet, zugleich bestimmen soll, wann eine Entscheidung wieder einzuholen ist. Der Deutsche Verein für Psychiatrie hat schon 1911 darauf hingewiesen, daß die gesetzliche Festlegung von Fristen für die Sicherungsverwahrung Geisteskranker bei der Unsicherheit der Prognose und des Krankheitsverlaufes bedenklich ist. Ein neuer Hinweis empfiehlt sich.

Das Verfahren und die Zuständigkeiten bei Aufhebung der Verwahrung und beim Verzicht auf eine solche, wenn der Zweck im Strafvollzug bereits erreicht ist, sind noch genauer zu regeln.

Auch von psychiatrischer Seite wurden Bedenken dagegen erhoben, daß die Landespolizeibehörde über die Entlassung aus der vom Gericht angeordneten Verwahrung entscheiden soll. Teils weil die Polizeibehörde das vorangegangene Strafverfahren höchstens aktenmäßig und den Täter oft wenig kennt, teils weil bei ihr politische, persönliche, wirtschaftliche Rücksichten namentlich in Kleinstädten und ländlichen Bezirken eine entscheidende Rolle spielen könnten.

Trotzdem darf nicht verkannt werden, daß viele Polizeibehörden an der Hand guter Personalakten und unterstützt von erfahrenen, tüchtigen Revierbeamten die Verhältnisse geisteskranker, geistig abnormer und trunksüchtiger Personen ausgezeichnet kennen und im polizeilichen Verwahrungsverfahren gegen solche Personen, sowie in Entlassungsfragen mit den Anstalten ebenso verständnisvoll als ersprießlich zusammenarbeiten. Und vor allem eines — die Polizeibehörde kann rascher arbeiten als das Gericht. Aus diesem Grunde möchte ich in den Fällen erstmaliger Sicherungsverwahrung nach leichteren Straftaten doch lieber der Polizeibehörde die Entscheidung übertragen wissen. Bei jenen Fällen, wo das Gericht entscheiden soll, wird sich ein geregeltes Verfahren empfehlen, und zwar bei Geisteskranken, die in Heil- und Pflegeanstalten verwahrt werden, in der von *Schultze* schon früher vorgeschlagenen Weise, bei der anderen Sicherungsverwahrung ein Kommissionsverfahren unter richterlichem Vorsitz (2 Anstaltsbeamte, 2 Laien), wie *Liepmann* es vorschlägt.

Ich beantrage zu diesem Abschnitt anzunehmen folgenden Leitsatz IV:

Die Anhörung von ärztlichen Sachverständigen bei der Anordnung und Aufhebung von Verwahrungen nach §§ 88 und 92 ist grundsätzlich anzuordnen.

Die Schutzaufsicht wird dann häufig genügen, wenn durch Vollzugsvorschriften dem Fürsorger entsprechende Befugnisse eingeräumt werden.

Bedingte Aussetzung einer angeordneten Verwahrung (§ 88) oder Unterbringung (§ 92) ist vorzusehen.

Die gesetzliche Festlegung einer FristStellung für die nächste Entscheidung bei Verlängerung einer Verwahrung (§ 90 II) ist bedenklich.

Das Verfahren und die Zuständigkeiten bei Aufhebung der Verwahrung (§§ 89 II, 90 und 94) sind genauer zu regeln.

5. Jugendliche. — Die Reichsregierung hat ein Gesetz für Jugendwohlfahrt bereits erwirkt und will, vorgreifend der allgemeinen Strafrechtsreform, nun ein Jugendgerichtsgesetz folgen lassen. Die Bestimmungen über Jugendliche des Entwurfes sind im wesentlichen in den Sonderentwurf übernommen, über welchen *Mönkemöller* kürzlich berichtet hat. Eine Stellungnahme des Vereins halte ich nicht für veranlaßt.

6. Homosexuelle Akte. — Im Hinblick auf die neuesten Forschungen und Experimente über die innere Sekretion der Keimdrüsen wurde von einigen Psychiatern (*Berze*, *Göring*) die Berechtigung und Zweckmäßigkeit einer Strafbestimmung für einfache homosexuelle Akte (§ 325 I) in Zweifel gezogen, wobei man sich klar ist, daß erschwerte Handlungen wie vorgesehen geahnt werden sollen. Ich gehe mit *Aschaffenburg*, der für den § 325 I eintritt, und halte eine Kundgebung des Vereins nicht für veranlaßt.

Die Tatsache, daß die wegen homosexueller Vergehen Angeklagten sich meist sehr aktiv betätigten, daß 1914 unter 490 Angeklagten über 26 % Jugendliche waren, daß in den ländlichen Oberlandesgerichtsbezirken Marienwerder und Bamberg nur 1 bzw. 2, in den Bezirken München, Berlin, Hamburg aber 26, 45 und 53 Personen verurteilt wurden, scheint mir nicht dafür zu sprechen, daß hier immer nur die innere Sekretion am Werke war.

Das Erpressertum wird auf diesem Gebiete auch bei Wegfall einer Strafbestimmung nicht verschwinden, sondern seinen Nutzen aus der Androhung kompromittierender Mitteilungen an Angehörige, Freunde, Vorgesetzte usw. zu ziehen suchen.

Zum Ende meiner Ausführungen möchte ich noch mit Befriedigung feststellen, daß der Entwurf u. a. folgende Anregungen, für welche unser Verein sich eingesetzt hat, erfüllt: bei Kindstötung

(§ 285) ist nach § 114 als Strafminimum eine Gefängnisstrafe von 3 Monaten möglich; die Befreiung von auf behördliche Anordnung in einer Anstalt Verwahrten stellt § 193 unter Strafe; bedingte Strafaussetzung (§ 63) ist in weiterem Umfang vorgesehen, andererseits die dauernde Sicherungsverwahrung gefährlicher Gewohnheitsverbrecher. Für deren Unschädlichmachung hat jedoch die Deutsche Landesgruppe der Internationalen Kriminalistischen Vereinigung auf ihrer heurigen Tagung einen anderen Weg vorgeschlagen und sich auf einen Antrag von *Dürr*-München, allerdings gegen eine starke Minderheit, für die unbestimmte Verurteilung ausgesprochen, wobei der Sicherungszweck innerhalb des Strafvollzuges, nicht durch besondere Sicherungsverwahrung, erreicht werden soll.

Das wäre der erste Schritt zur Abschaffung des Strafmaßes, die *Kraepelin* vor 18 Jahren als das Ideal moderner Strafrechtsreform gefordert hat (Deutscher Juristentag zu Innsbruck 1904). Auch für den progressiven Strafvollzug moderner Art wächst die Bewegung, und so kann neue Früchte eine nicht zu ferne Zukunft noch zur Reife bringen und selbst eine Verzögerung der Reform Besseres erwirken.

Literaturverzeichnis: Zur Ersparung von Raum und Kosten verweise ich bezüglich der neueren Literatur auf das ausführliche Literaturverzeichnis, das *Schultze* seiner Veröffentlichung über das gleiche Thema im Archiv f. Psych. 66, 161, angefügt hat. Meine Aufgabe brachte es mit sich, auch die ältere Literatur zu berücksichtigen.

Aschaffenburg, Die Stellung der modernen Rechtswissenschaft zur verminderten Zurechnungsfähigkeit. A. Z. f. Ps. 65, 514, 1908. — *Ders.*: Die Behandlung gemeingefährlicher Geisteskranker und verbrecherischer Gewohnheitstrinker. Darst. d. D. und ausl. Strafrechts. Berlin 1908, O. Liebermann, Bd. I, 79. — *Ders.*: Der Vorentwurf zu einem DStGB. A. Z. f. Ps. 67, S. 955, 1910. — *Aschrott*: Strafen, sichernde Maßnahmen und Schadenersatz. Reform des RStGB. Kritische Besprechungen zum VE. Berlin 1910, Guttentag, Bd. I, 66. — *Berze*: Über den E. zu einem D.StGB v. 1919, Z. f. d. g. N. u. Ps. 76, S. 461, 1922. — *Birnbaum*: Psychopathenfürsorge. Ibid. 69, S. 23, 1922. — *Bleuler*: Die psychol. Kriterien der Zurechnungsfähigkeit. Mschr. f. Krim. Psychol. u. Strafrechtsreform, 1, S. 621, 1904. — *Rondy*: Über die Notwendigkeit der Reform des § 129, I, lit. b des (tschech.) StGB.-Ref. im Zbl. d. g. N. u. Ps. 25, S. 148, 1921. — *Bresler*: Zu § 51 StGB., Ps.-n. W. 21, S. 91, 1919—20. — *v. Calker*: Die strafrechtl. Behandlg. der geistig Minderwerten. D. Jur.-Ztg. 9, S. 754, 1904. — *Cramer*: Zur strafrechtl. Behandl. d. geistig Minderwerten. Off. Ber. d. D. Juristentages 4, S. 408, 1904. — *Ders.*: Psychiatrische Wünsche zur Strafrechtsref. A. Z. f. Ps. 65, S. 508, 1908. — *Ders.*: Be-



merkungen zum VE. z. einem D.StGB. M. m. W. 1910, S. 96. — *Deutscher Verein f. Psychiatrie*: A. Z. f. Ps. 44, S. 503; 45, S. 524; 56, S. 615; 65, S. 508; 68, S. 528. — *Frank*: Strafausschließungs- und Milderungsgründe. Ref. d. RStGB. Krit. Besprechungen des VE. Berlin 1910, Guttentag, Bd. I, 226. — *Grashey*: Über die gem. Zurechnungsf. A. Z. f. Ps. 45, S. 524, 1888. — *Gretener*: Die Zurechnungsf. im VE. z. einem StGB. Leipzig 1910, Wilh. Engelmann. — *Hafter*: Der E. eines Schweiz. StGB. v. 1918. D. Strafr.-Ztg. 5, S. 261, 1918. - *Heinemann*: Ref. d. D. Strafr. Flugschr. d. Revolution Nr. 3. Berlin 1919, Verl. f. Sozialwissenschaft. — *Heinicke*: Zu § 51 StGB. Ps.-n. W. 21, S. 220, 1919—20. — *Hoberg*: Strafen und sichernde Maßnahmen. Mtschr. f. Strafr. Ref. u. Krimin. Psychol. 11, S. 200, 1914. — *Hummel*: Die Zurechnung v. Straftaten im alkohol. Dämmerzustand. Vjschr. f. ger. Med. 56, S. 104, 1919. — *Intern. Kriminal. Vereinigung*: Verhandlungen der D. Landesgruppe, D. Strafr. Ztg. 9, S. 155, 1922. (Sicherungsverwahrung der Gewohnheitsverbrecher.) — *Jolly*: Über gem. Zurechnungsf. A. Z. f. Ps. 44, S. 461, 1887. — *Juristentag, Deutscher*, 1904: Strafrechtl. Behandlung der geistig Minderwerten. Off. Ber. Bd. 1 u. 4. — *Justizkommission d. Deutschen Ver. f. Psychiatrie*: Bemerkungen zum VE. d. StGB. 1910 b. G. Fischer, Jena. — *Justizstatistik*, bayer. 1912. — *Kade*: Zurechnung v. Straftaten i. alkohol. Dämmerzstd. Vjschr. f. ger. Med. 56, Suppl., S. 130, 1918. — *Kahl*: Strafr. Behandlg. d. geistig Minderwerten. D. Jur.-Tg. 1904, Ber. 1, S. 137. — *Ders.*: Verminderte Zurechnungsfähigkeit. Vergl. Darst. d. D. u. ausl. Strafr. Berlin 1908, O. Liebermann, 1, 1. — *Ders.* und *Leppmann*: D. Bestimmungen über Unzurechnungsf. und verm. Zurechnungsf. im VE. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1910, 96. — *Klieneberger*: Zur Frage d. Homosexualität. Arch. f. Ps. 63, S. 129, 1921. — *Kraepelin*: Zur Frg. d. gem. Zurechnungsf. Mtschr. f. Krimin. Psych. u. Strafr. Ref. I, S. 477, 1904. — Reichs-*Kriminalstatistik* 1914. — *Leppmann*: Strafr. Behandlg. d. geistig Minderwerten. Off. Ber. d. D. Jur.-Tags 3, S. 136, 1904. — S. auch *Kahl* u. *Leppmann*. — *Liepmann*: Die Ref. d. Strafrechts mit krit. Bem. zum E. Hamb. Schriften z. ges. Stfr.-Wissensch. 1922, H. 2. — *v. Liszt*: Kriminalpolit. Aufgaben. Z. f. Strafr.-Wissensch. 9, S. 452; 10, S. 51; 12, S. 171, 1889, 90, 92. — *Longard*: D. gem. Zurechnungsfähigk. Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafr. Ref. 3, S. 87, 1906. — *Mendel*: Über d. gem. Zurechnungsfähigk. A. Z. f. Ps. 45, S. 524, 1888. — *Oetker*: Entw. eines R.-Ges. betr. d. vorläufige Verwahrung u. die Internierung gemeingef. Geisteskr. u. d. Betrafg., vorl. Internierung u. Internierung im Falle geminderter Schuldfähigkeit. Mtt. der I. Krim. Ver. 12, S. 88, 1905. — *Reiß*: Über verm. Zurechnungsf. v. Schwerverbrechern. Mtschr. f. Krimin. Psych. u. Strafr. Ref. 11, S. 308, 1914. — *Rixen*: D. gemeingef. Geisteskr. im Strafrecht, im Strafvollzug u. in der Irrenpflege. Berlin 1921, Jul. Springer. — *Schultze*: Der E. z. einem DStGB. 1919 v. Standpunkt des Psychiaters. A. f. Ps. 66, S. 161, 1922. — *Ders.*: Psychiatr. Kritik d. Maßregeln d. Besserung und Sicherung im E. z. einem DStGB. 1919. Ibid. 218. — *Schäfer*: Zur Zurechnungsf. u. Trinkerbehandlg. im künftigen DStGB. Mtschr. f. Krimin. Psych. u. Strafr. Ref. 10, S. 414, 1914. — Entw. eines *Schweizer StGB.* 1918. — *Stern*: Über Schuld und Zurechnungsf. vom Standp. der Psychologie der Wertung. Groß Arch. f. Kriminologie

73, S. 1, 1921. — *Sturm*: Die Wissensch. vom Strafmaß. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafr. Ref. 11, S. 77, 1914. — *Vocke*: Irrenanstalten sind Krankenanstalten, keine Verwahrungsanstalten f. verbrech. Entartete oder gemindert Zurechnungsfähige. Ps.-n. W. 1906, Nr. 8. — *Weil*: Die Körpermaße der Homosexuellen als Ausdrucksform ihrer spezif. Konstitution. Ref. C. Bl. d. g. N. u. Ps. 26, S. 382, 1921. — *Weinberg*: Die Arbeiterklassen und der Strafgesetzentwurf. Stuttgart 1910, I. H. W. Dietz Nachf. — *Wilmanns*: Die verm. Zrfk. im VE. z. einem DStGB. A. Z. f. Ps. 68, S. 529, 1911. — *Wollenberg*: Die Grenzen der strafrechtl. Zrfk. A. Z. f. Ps. 56, S. 615, 1899.

Der deutsche Strafgesetzentwurf.

Korreferat auf der Jahresversammlung des Vereins für Psychiatrie, 23. September 1922 in Leipzig.

Von

M. Liepmann, Hamburg.

Aus der Fülle der Fragen, die der neue Strafgesetzentwurf uns stellt, kann ich hier nur diejenigen herausheben, die für den Psychiater eine besondere Bedeutung beanspruchen oder wenigstens ein erheblicheres Interesse fordern dürfen.

I. An erster Stelle die Frage, wie das kommende Strafgesetzbuch die Probleme der Zurechnungsfähigkeit bewältigen soll. Die Regelung des „Entwurfs" darf hier in wesentlichen Punkten als Ergebnis langer und mühevoller Kämpfe anerkannt werden. Daher sollte man nicht auf längst Gesagtes zurückkommen, sollte es müde sein, immer wieder die gleichen Bedenken, die einst den Brennpunkt der Kontroversen von *Feuerbach* bis *Birkmeyer* bildeten, zu widerlegen. Daß die verminderte Zurechnungsfähigkeit gesetzliche Anerkennung findet, daß „Maßregeln der Besserung und Sicherung" bei Unzurechnungsfähigen und vermindert Zurechnungsfähigen notwendig sind zum Schutz der Gesellschaft, und daß diese Maßregeln durch die Organe des Strafverfahrens, nicht etwa gesondert von ihnen durch Organe der Verwaltung, anzuordnen sind, sollte heute nicht mehr in Frage gestellt werden. Hier wird dem Wege, den der Entwurf einschlägt, einfach zu folgen sein.

Dagegen erscheint mir anfechtbar, die v. Z. mit dem E. als obligatorischen Strafmilderungsgrund anzunehmen. Wir wissen, daß sich unter diesen v. Zurechnungsfähigen besonders schwere und gefährliche Verbrecher finden, wir wissen auch, daß sie durch ihre geistige Schwerbeweglichkeit oder ihre krankhafte Erregbarkeit besonders leicht dem Verbrechen anheimfallen und daher in ihrem eigenen wie vor allem im Interesse der Gesellschaft besonders starker Hemmungsvorstellungen gegen den Rückfall bedürfen. Aber, lehrt uns die „Denkschrift"

13*



des Entwurfs: „Für ein auf dem Boden der Schuldhaftung aufgebautes Strafrecht ist es unabweislich, den nur v. Z., dessen Schuld infolgedessen geringer ist, milder zu bestrafen als den voll Zurechnungsfähigen.“ (Denkschrift S. 30.)

Diese bei Juristen und auch Psychiatern sehr verbreitete Meinung beruht auf einem Irrtum von erheblicher Tragweite. Der Gesichtspunkt der Schuld ist nur ein und keineswegs der alleinige Maßstab für die Strafausmessung! Wir strafen bei gleicher Schuld mit verschiedener Schwere, je nach der Schwere des angerichteten Schadens für die Rechtsordnung. Das erkennt der E. auch an, indem er die mildere Strafbarkeit von Versuchshandlungen mit der bisherigen Rechtsentwicklung beibehält und unter den Umständen, die für eine höhere oder niedrigere Strafe sprechen, die Folgen der Tat (§ 106) nennt. Die Denkschrift hebt besonders hervor, daß hier auch solche Folgen berücksichtigt werden müssen, „die unabhängig von einem Verschulden des Täters eingetreten sind, wenn das Gericht zu einem Urteil gelangen will, das dem Rechtsempfinden des Verletzten und der Allgemeinheit entspricht“ (S. 96). Bei den entsprechenden Bestimmungen des „Vorentwurfs“ (§ 81) wird dieser Gesichtspunkt noch deutlicher hervorgehoben. Der Entwurf muß — heißt es S. 316 der „Begründung“ — „daran festhalten, daß es der Volksanschauung entspricht, das Verbrechen als zusammengesetzt anzusehen aus der objektiven Rechtsverletzung und der subjektiven Schuld, wobei beide Faktoren annähernd gleichwertig ins Gewicht fallen. Dem Rechtsempfinden der Bevölkerung würde es nicht verständlich sein, wenn es dem Richter verwehrt sein sollte, denjenigen, der z. B. durch eine vorsätzliche Sachbeschädigung in einem Bergwerk oder einem großen Maschinenbetrieb einen ungeheuren Schaden angerichtet hat, deshalb innerhalb des ordentlichen Strafrahmens mit einer höheren Strafe zu belegen, weil ihm nicht nachgewiesen werden kann, daß er den Schaden in seinem ganzen Umfang vorhersah oder doch vorhersehen konnte, zumal es in der Bevölkerung wohl bekannt ist, wie schwer oft ein solcher Beweis zu führen ist. Daß die Folgen einer Tat unter den Strafbemessungsgründen vorkommen und sogar eine hervorragende Rolle spielen, entspricht einer Rechtsgewohnheit, die wohl so alt ist wie die Strafrechtspflege selbst.“ In der Tat, wer sich nicht durch einseitige doktrinäre Vorurteile den Blick für die Rechtswirklichkeit trüben läßt, wird in diesem Punkt keinen Zweifel haben. Die soziale Gefährlichkeit einer Zeit kann ferner aus der besonderen Zeitlage heraus

schwere Strafen zum Schutz der Allgemeinheit gerade in solchen Fällen fordern, in denen die individuelle Schuld infolge der Zeitumstände geringer geworden ist. Man denke an Messerstechereien, dis sich zur landesüblichen Belustigung gesteigert haben, an allgemeine Verwilderung in Handel und Wandel, an hochgradige Verhetzung, die zur Ermordung eines bedeutenden Staatsmannes geführt hat. Und aus demselben Grunde trifft mit Recht einen wiederholt rückfälligen und heruntergekommenen Dieb eine lange Freiheitsstrafe, auch wenn seine konkrete Schuld infolge der Reduktion seiner Widerstandskraft zweifellos geringer geworden ist, — weil nur langzeitige und intensive Einwirkung eine Wiedereinordnung in die Gesellschaft hoffen läßt, und weil allein die soziale Gefährlichkeit des Täters, die mit geringer Schuld oft tragisch verbunden sein kann, seine längere Internierung zum Schutz der Gesellschaft fordert. Genau die gleiche Situation ist bei einem Teil der v. Z. gegeben: ich denke an Messerstecher, Kinderschänder, Hochstapler gefährlichster Art. Hier ist nicht milde, d. h. kurze, sondern längere Strafe angebracht. Daher läßt der E. auch mit Recht, aber im Widerspruch zu seiner sonstigen Auffassung, Zuchthausstrafe bei vermindert Zurechnungsfähigen zu. Es empfiehlt sich daher, an Stelle der obligatorischen Strafmilderung eine bloß fakultative Strafmilderung bei v. Z. zuzulassen (These I, Z. 1)[1]). Den gleichen Standpunkt vertreten der dänische Kriminalist *Torp*, *Kahl*, der Wiener Psychiater *Reimann* und der österreichische Gegenentwurf[2]).

Die Berechtigung zu einer langen Freiheitsstrafe ist gerade für unsere Frage von besonderer Bedeutung. Einmal würde die hier vertretene Auffassung bei gesetzlicher Anerkennung Konflikte mit dem allgemeinen Rechtsbewußtsein eher beseitigen, sie würde die Befürchtungen derer unterdrücken, die die Anerkennung der verminderten Zurechnungsfähigkeit als gefährlich für die Rechtssicherheit, als Abschwächung der Hemmungsvorstellungen gegen das Verbrechen ansehen (vgl. These I, Satz 1 des Referenten). Dazu kommt der Wert, den gerade eine lange Freiheitsstrafe für schwer bestimmbare und

---

[1]) „These" ohne Zusatz bedeutet die beigelegten Thesen zu meinem Referat.

[2]) Mitt. der I. K. V., 1906 (Kongreß in Hamburg), Bd. XIII. S. 491. — *Kahl* in Vgl. Darst. des D. und ausl. Strafrechts, Allgem. Teil I, S. 72. — *Reimann*, Der E. vom Standpunkt des Psychiaters, Österr. kriminal. Vereinigung über den Entwurf, 1921, S. 221. — Österreich. Gegenentw. § 10, Abs. 2.



leicht vergessende Kriminelle hat. Der E. fordert für den Strafvollzug bei v. Z. mit Recht eine Berücksichtigung ihres Geisteszustandes und, wenn dieser es erfordert, Unterbringung in besonderen Anstalten oder Abteilungen (§ 52). Eine solche individuelle Strafvollzugstherapie hat aber nur Sinn bei lang fortgesetzter Beobachtung und Beeinflussung. Auch ist nur dann jener Fall möglich, den der E. etwas zu optimistisch, zumal bei seinem Standpunkt, besonders behandelt, daß „die Verwahrung durch den Strafvollzug überflüssig geworden ist" (§ 89 Abs. II, Satz 2).

Besonders zu betonen aber ist, daß die hier geforderte lange Freiheitsstrafe bei gefährlichen v. Z. ganz anders aussehen muß als die heute übliche Zuchthausstrafe. Sie soll von jeder starren Mechanisierung, von jeder vergeltenden und herunterdrückenden Behandlung vollkommen frei sein und nur individuell angepaßte pädagogisch verständige Menschenbehandlung sein (vgl. These IV, Satz 2).

Schwere Bedenken muß der Jurist ebenso wie der Psychiater gegen die Regelung des E. haben, wonach die Landespolizeibehörde zu bestimmen hat, wann der Unzurechnungsfähige oder v. Z. zu entlassen ist (§ 90, Abs. 1). Niemals kann sich die Polizei — so habe ich in meiner Schrift über den Entwurf (Die Reform des deutschen Strafrechts, Hambg. Schriften zur Strafrechtswissenschaft Heft 2, S. 29 ff.) des näheren ausgeführt — ein selbständiges Urteil darüber bilden, ob die Krankheitssymptome des Verwahrten abgelaufen sind. Im günstigsten Fall also wird sie blind die Entlassung verfügen, wenn der Anstaltsdirektor sie für geboten erachtet. Gefährlich aber wird es, wenn die Polizei die Verhältnisse besser zu beurteilen glaubt als der ärztliche Sachverständige. Denn dann kann sie, wie *Ernst Schultze* mit Recht ausführt [1]), jeden Augenblick die vom Gericht getroffene Anordnung wieder aufheben, und es schleichen sich auf Umwegen alle Mißstände wieder ein, die der E. beseitigen wollte dadurch, daß er dem Richter allein die Anordnung der Verwahrung übertrug.

Dementsprechend schlägt *Schultze* vor, auch die Entlassung dem Gericht zu übertragen, und zwar dem Amtsgericht des Ortes der Anstalt, das nach Anhörung des ärztlichen Sachverständigen und persönlicher Vernehmung des Verwahrten zu entscheiden hat. Diese Regelung wäre sicher wesentlich sachgemäßer als die des E. — ganz zustimmen aber kann ich ihr nicht. Denn die Frage, wann ein

[1]) *Ernst Schultze*, A. f. Ps. 66, S. 161—271, vgl. S. 232 ff. (Die ausführlichen und klaren Darlegungen zeigen deutlich, daß der Verf. die komplizierten Fragen seit Jahren durchdacht hat.)



gefährlicher psychotischer oder psychopathischer Mensch zu entlassen ist, ist keine reine Juristenfrage, auch keine rein ärztliche Frage und ganz gewiß keine polizeiliche Frage. Vielmehr kann hier ein sachkundiges Urteil nur von solchen Personen abgegeben werden, die sich eine unmittelbare Kenntnis verschaffen können einmal von der Tat und dem Vorleben des Verwahrten, dann von der Entwicklung, die er in der Heilanstalt durchgemacht hat, und schließlich von den Verhältnissen und der Umgebung, die den Entlassenen in der Freiheit erwarten. So komme ich zu der Forderung, daß die Entlassung anzuordnen ist von einer Kommission, der angehören ein Strafrichter (wenn möglich ein Richter der Hauptverhandlung), ein Beamter der Anstalt, ein Vertreter der Polizeibehörde und Laienmitglieder, die bei der Fürsorge für entlassene Gefangene, insbesondere der Schutzaufsicht tätig sind. Es läßt sich nicht verkennen, daß diese Kommission umständlicher arbeiten wird als der von *E. Schultze* empfohlene Einzelrichter. Ihr Vorzug aber ist mit Händen zu greifen. Denn hier wirken diejenigen Personen zusammen, die den zu Entlassenden beobachten können in all den Stadien, die für die Entscheidung maßgebend sind, und die ich oben charakterisiert habe (vgl. hierüber meine Schrift a. a. O. S. 38 ff.). Der österreichische Gegenentwurf fordert ebenfalls eine solche Kommission. Weit über den einzelnen Fall hinaus würde sich der Wert solcher Kommissionen, wie insbesondere das Beispiel der Vereinigten Staaten zeigt, darin erweisen, daß eine dauernde Verbindung zwischen Organen der Strafjustiz, der ärztlichen Heil- und Pflegeanstalten, der Polizei und der Hilfsorgane der Fürsorge aufrechterhalten wird und dadurch das beste Gegengewicht errichtet würde gegen die trostlos unsystematische, verzettelte und bürokratische Arbeit, die heute in Deutschland auf diesem Gebiete geleistet wird.

Auch für die Maßregeln der Besserung und Sicherung empfiehlt sich die Zulässigkeit ihrer bedingten Aussetzung. Ferner ist für die Ausgestaltung die Form einer progressiven Anpassung an größere Selbständigkeit in der Lebensführung zu fordern, die nicht bloß für die Strafe, sondern für jede langzeitige Internierung und jeden heilpädagogischen Versuch der Bekämpfung eingewurzelter Übel notwendig ist. Schließlich sollte auch die Entlassung aus der Heil- und Pflegeanstalt immer nur auf Widerruf und Stellung unter Schutzaufsicht erfolgen, da der „Heilerfolg" einer Internierung immer erst in der Freiheit erprobt werden kann (These I, Ziffer 3). In diesen Punkten stimme ich mit den Ausführungen von *E. Schultze* überein.



II. Im Gegensatz zu den scharf ablehnenden Ausführungen des Referenten (These II) und zu den Bedenken *Schultzes* (a. a. O. 240 ff.) halte ich die Unterbringung der kriminellen v. Z. in „Heil- und Pflegeanstalten" für möglich. Dem Urteil der Sachverständigen hier entgegenzutreten, erscheint gewagt. Und doch darf ich aus langjähriger Beobachtung der Dinge und Kenntnis der Literatur heraus meinen abweichenden Standpunkt entgegensetzen. *Schultze* betont, daß Irrenanstalten Kranke zur Heilung, Besserung oder wenigstens zu ihrer sachgemäßen Verpflegung aufzunehmen hätten; — sie seien aber nicht bestimmt zur Verwahrung v. Z. Aber welcher Psychiater kann bestreiten, daß diese Anstalten doch eine Reihe von Personen enthalten, vor denen vor allem die Gesellschaft geschützt werden muß, — die dem Leben in der Freiheit nicht bloß nicht gewachsen sind, sondern die eine hohe Gefahr für die Mitwelt bedeuten, wenn man sie frei herumlaufen läßt? Gerade bei ihnen kann der Gesichtspunkt von Heilung und Besserung ganz zurücktreten; die Hauptaufgabe der Irrenanstalt besteht hier in der Verwahrung von Personen, die für die Rechtssicherheit gefährlich sind. Ebensowenig scheint mir der zweite Grund, den *Schultze* ebenso wie *Vocke* anführen, durchschlagend zu sein. In Irrenanstalten, sagen sie, muß das Prinzip der offenen Tür, freie Behandlung und Bewegungsfreiheit herrschen; — die Bewahrung der v. Z. dagegen fordere Absperrung und Zwangsmittel. Ich glaube, hier wird zweierlei überbewertet. Einmal die „freie Behandlung". Jedes Irrenhaus hat doch Insassen, die infolge ihres Zustandes und ihres Einflusses auf die andern Kranken diese freie Behandlung nicht vertragen und eine ganz erhebliche Isolierung nötig haben, ebenso wie Zwangsmittel, wenn auch in menschenfreundlicher Form. Und zweitens der Begriff der „Verwahrung". Von dem System der Käfige alias strengen Einzelzelle kommt man sogar bei den Strafanstalten allmählich ab. Und gerade bei v. Z. ist mit verständiger Suggestivbehandlung und zweckmäßig individualisierter Einrichtung von Arbeit und Erholung sehr viel mehr zu erreichen als durch Absperrung und Zwang. Die Akten des Strafvollzugs lehren mit erschütternder Kraft — denken Sie z. B. an *Rüdins* Dokumente über psychopathische Lebenslängliche —, wie oft diese v. Z. durch die Behandlung in Gefängnissen verdorben sind, und wie erst allmählich die Erkenntnis in den Anstalten aufgekommen ist und zum Teil noch jetzt sich durchzusetzen hat, daß gerade bei diesen Elementen mehr wie bei allen andern Gefangenen bloße Zwangsmittel das Übel nur verschlimmern. *Wilmanns* hat in einem Artikel in *Aschaffenburgs*



Monatsschrift: „Zur Reform des Arbeitshauses" (Bd. X, S. 356) gefordert, daß die Aufseher in den Arbeitshäusern vorübergehend als Pfleger in Irrenanstalten tätig sein sollten, weil sie hier die richtige Beurteilung und Behandlung von reizbaren, empfindlichen, launischen und abnormen Menschen kennen lernen können. Diesen Vorschlag halte ich für sehr wichtig und möchte ihn dahin verallgemeinern, daß unsere Strafvollzugsbeamten überhaupt ihre erste praktische Ausbildung und Schulung in Irrenanstalten erhalten sollten, damit sie hier jene Menschenbehandlung lernen, die ohne Schnauzen und mechanische Mittel ihren Willen durchsetzt. Diese Art der Behandlung ist für den ganzen Strafvollzug, insbesondere aber auch für die v. Z. in der Straf- wie Verwahrungsanstalt erstes Erfordernis. Bis auf weiteres finden aber die v. Z. eine solche Behandlung am zweckmäßigsten in unseren Irrenhäusern. Auch könnten die sogenannten festen oder gesicherten Häuser für diesen Zweck nutzbar gemacht werden. Diese Anstalten beweisen übrigens aufs deutlichste, daß es möglich ist, die Funktionen eines Krankenhauses zugleich mit Verwahrungsfunktionen zu erfüllen. Ja mehr noch. Wer die Unzulänglichkeit des heutigen Strafvollzugs in Deutschland kennt und ein klares Bild von dem hat, was hier nottut, weiß, daß gerade diese festen Häuser (ich denke an die Anstalten in Langenhorn bei Hamburg und in Göttingen, die ich aus eigener Anschauung kenne) in ihrer Technik, in der Art der Menschenbehandlung, Beschäftigung und Willenslenkung als — Muster eines modernen Gefängnisses aufgestellt werden können. Damit soll gesagt sein: daß die Psychiater nicht bloß den Aufgaben der Heilpflege im technischen Sinne, sondern ganz gewiß auch den Anforderungen der Rechtssicherheit genügen würden, wenn ihnen diese Kategorie gefährlicher Krimineller überwiesen würde. Ob die Heil- und Pflegeanstalt des Entwurfs einem Gefängnis, einer Irrenanstalt oder einem festen Haus angegliedert wird, ist verhältnismäßig gleichgültig — die Hauptsache ist, daß sie nicht dem herkömmlichen Typ eines deutschen Gefängnisses entspricht, sondern daß sie nach dem Vorbild der Irrenbehandlung eingerichtet ist, ein in der Irrenpflege ausgebildetes Beamtenpersonal und einen Psychiater als Direktor hat (These II).

Auch darf nicht verkannt werden, daß ein erheblicher Teil dieser v. Z. doch nur in dem Leben in der Freiheit gefährlich ist. Nimmt man diesen haltlosen Menschen die Schwierigkeiten des Existenzkampfes ab, entfernt man aus ihren Augen den Alkohol und die andern Gefahrquellen, denen sie zum Opfer fallen, schützt man sie durch



richtige Beschäftigung und Behandlung möglichst vor Depression und Erregungszuständen, so erlebt man es immer wieder, daß der draußen so gefährliche Rechtsbrecher in der Anstalt, sei sie Gefängnis oder Heilanstalt, ein ganz friedlicher und ungefährlicher Geselle ist. Man muß nur verhüten, daß eine größere Anzahl gleichgearteter Personen sich gegenseitig zur Aktivität und Affektivität in die Höhe steigern, d. h. man muß in diesen Anstalten die erregbaren und aufreizenden Elemente möglichst auseinanderlegen. Mit der Entwicklung dieser Frage wird es ebenso gehen wie mit der der kriminellen Geisteskranken, von denen sich die v. Z. nur quantitativ, keineswegs qualitativ unterscheiden. Auch hier waren Psychiater, Juristen und Volksmeinung ursprünglich überwiegend gegen eine Zusammenlegung krimineller mit nichtkriminellen Geisteskranken. Heute denkt die Fachmeinung wesentlich anders darüber. Ich zitiere das Gutachten eines Schweizer Psychiaters Dr. *Ris*, welches das Problem auch für unsere Frage richtig wiedergibt. Er hebt hervor, daß heute in der Schweiz fast niemand mehr besondere Anstalten für kriminelle Geisteskranke fordert. Man sei klar darüber, daß die bestehenden Irrenanstalten auch diese Kategorie von Kranken in ihren Organismus nach bestem Wissen und Gewissen einzureihen hätten. Selbstverständlich müßte die Versorgung in einer Weise geschehen, die nach Möglichkeit die Gesellschaft vor weiteren Straftaten des Internierten schütze. Im übrigen lehre die Erfahrung der Anstaltspraktiker, „daß man die kriminell gewordenen Geisteskranken im Prinzip nicht anders behandeln kann und soll als die unbescholten Gebliebenen. Die Praxis des Anstaltsbetriebes erfordert gewissermaßen eine Einteilung der verpflegten Kranken in Gefahrenklassen, dies ganz unabhängig davon, ob sie kriminell waren oder nicht: ein Kranker, der niemals angeklagt war, keine vom Strafgesetz bedrohte Tat begangen hat, kann mit vollem Recht in die höchste Gefahrenklasse eingereiht werden; ein anderer, der einmal oder auch viele Male angeklagt war, kann unter den gerade obwaltenden Umständen den harmlosesten Kranken, der niedrigsten Gefahrklasse zugeteilt werden." (Beilagenband zum Protokoll der zweiten Expertenkommission zum Schweiz. StGB. 1916, S. 189 ff.) Das gilt m. E. auch ganz genau für die Gefährlichkeit der vermindert Zurechnungsfähigen.

Schließlich darf man auch nicht sagen, die Psychiater hätten es nur mit Kranken zu tun, die v. Z. aber seien keine Kranken. Denn einmal sind auch die in den Irrenanstalten Verwahrten nicht immer krank im spezifischen Sinne, z. B. die Blödsinnigen, und andrerseits



finden sich bei den v. Z. sehr viele krankhafte und der Heilbehandlung des Psychiaters zugängliche Prozesse. Mag man auch in der Benennung der Anstalten eine scharfe Grenze ziehen, die Insassen der Irrenanstalten und die verwahrten v. Z. werden in ihrer Eigenart sehr viele gemeinsame Züge aufweisen.

Diese Frage ist deshalb von solcher Wichtigkeit, weil hier eine Gefahr für das Schicksal des ganzen strafrechtlichen Reformwerkes liegt. Wenn der Verein für Psychiatrie etwa mit der Schärfe von Herrn *Vocke* die vorhandenen Heil- und Pflegeanstalten für „gänzlich ungeeignet" erklären und die Forderung aufstellen würde, daß für die Verwahrung der gefährlichen v. Z. besondere Anstalten unentbehrlich seien, so würde damit, da wir neue Anstalten der geforderten Art sicher nicht bauen können, das Schicksal des Entwurfs besiegelt sein. Und zwar gerade aus Anlaß einer Frage, von der man mit Sicherheit sagen kann: das Bedürfnis zu der neuen Regelung wird in allen einsichtigen Kreisen des Volks weit über die Fachkreise der Juristen und Mediziner hinaus durchaus anerkannt. Daher sollte man zum mindesten dieser Sachlage Rechnung tragen und die vorhandenen Anstalten, insbesondere auch die festen Häuser, dem neuen Zweck zugänglich machen. Sehr wichtig wäre es, wenn meine noch zu begründende Forderung (These IV) verwirklicht würde und man das für seinen Zweck gänzlich überflüssige Arbeitshaus beseitigte. Denn die Arbeitshäuser, die ja schon heute überwiegend v. Z. beherbergen, könnten dann ohne weiteres als Heil- und Pflegeanstalten im Sinne des E. verwendet werden. Dieser Vorschlag findet sich auch, freilich nur beiläufig erwähnt, bei *Ernst Schultze* (a. a. O. 242).

III. Alles Wesentliche für die richtige Behandlung der v. Z. gilt überwiegend auch für die strafrechtliche Bekämpfung der Trinker. Es ist zu bedauern, daß der E. hier zum Teil andere Bestimmungen aufstellt, z. B. die absolut bestimmte zeitliche Grenze von zwei Jahren für die Trinkerheilanstalt, — daß er andrerseits auch hier die Polizei als Entlassungsinstanz anerkennt, und daß er große Unklarheit über die zeitliche und sachliche Verbindung von Freiheitsstrafe und Trinkerheilanstalt läßt. In allen diesen Punkten darf ich mich auf die besonders klaren und überzeugenden Ausführungen von *Schultze* (a. a. O. 244 ff.) beziehen. Hervorheben möchte ich, daß die Trinkerheilanstalten weniger Heilanstalten im medizinischen Sinne als Erziehungsanstalten pädagogischer Art sein müssen (These III). Die Behandlung direkter Krankheitssymptome wird in diesen Anstalten eine verhältnismäßig geringe Rolle spielen (Bekämpfung von De-



liriumerscheinungen und ähnl.). Worauf es ankommt, ist die suggestiv pädagogische Erziehung zu einem abstinenten Leben. Dieser Zweck kann aber nur erreicht werden, wenn alle Beamte und vor allem auch der Direktor pädagogisch geschulte Persönlichkeiten sind. Selbstverständlich braucht auch eine solche Anstalt einen Arzt, der unser anderem auch dafür zu sorgen hätte, daß Geisteskranke und schwer psychopathische Trinker Irrenanstalten überwiesen würden. Für die Leiter der Trinkerheilanstalten eignen sich besonders Persönlichkeiten, die pädagogisch eindrucksvoll für die Ziele der Abstinenz in der Jugendbewegung tätig gewesen sind. Den gleichen prinzipiellen Standpunkt vertritt ein sehr klares Gutachten von Dr. med. *Bott* und StaatsanwaltDr. *Zürcher* in dem oben zitierten Protokoll zur Schweizer Experten-Kommission S. 172 ff.

IV. Damit sind diejenigen Fragen behandelt, die für den Psychiater von spezifischer Bedeutung sind. Darüber hinaus aber möchte ich, soweit es meine Zeit erlaubt, Ihre Aufmerksamkeit auf solche Fragen hinlenken, von deren Beantwortung es abhängen wird, ob das neue Strafgesetzbuch lebendge Kulturforderungen verwirklichen oder schon mit dem Tage seines Inkrafttretens veraltet sein wird. Zu den Problemen dieser Art gehört die Frage der Todesstrafe, die der E. noch beibehält. Es kann nicht meine Aufgabe sein, im Vorbeigehen hiervon zu sprechen. Wohl aber halte ich mich für verpflichtet, darauf hinzuweisen, daß für jeden, der sich nicht von Gefühlen und ererbten Instinkten treiben läßt, die Stellungnahme zu dieser Frage gegeben ist. In einem neuen deutschen Strafgesetzbuch darf es keine Todesstrafe mehr geben. Ihre Beibehaltung wäre nach einem Wort meines Hamburger Kollegen *Mendelssohn Bartholdy* „Sentimentalität im schlechtesten Sinne", — „gesunde Realpolitik" muß sie als „durchaus untaugliches Werkzeug" verwerfen (*Mendel sohn Bartholdy*, Die Todesstrafe, in *Dehnow*, Die Zukunft des Strafrechts S. 152).

Dagegen möchte ich Ihre Aufmerksamkeit auf Fragen lenken, die mit den zuerst behandeltenProblemen in einem engen Zusammenhang stehen. Ich meine die beiden andern Maßregeln der Besserung und Sicherung, die der E. kennt: Sicherungsverwahrung und Arbeitshaus. Für die Durchführung der Reformarbeit und namentlich auch für die Zwecke, deren Erfüllung dem Psychiater am Herzen liegen muß, wäre es von großer Bedeutung, wenn der E. im Sinne meiner These IV Arbeitshaus und Sicherungsverwahrung überhaupt streichen würde.

Die Sicherungsverwahrung soll ein Spezifikum gegen den gefähr-

lichen Gewohnheitsverbrecher darstellen. Wenn jemand fünfmal (!) zu erheblichen Freiheitsstrafen, darunter mindestens einmal zu Zuchthaus verurteilt worden ist und das Gericht aus der neuen Tat in Verbindung mit den früheren den Schluß zieht, daß der Täter ein gewerbs- oder gewohnheitsmäßiger, für die Rechtssicherheit gefährlicher Verbrecher ist, — so soll ihn nach § 120 des E. zunächst obligatorisch eine exemplarische Freiheitsstrafe von 1—5 Jahren Zuchthaus und mindestens 2 Jahre Zuchthaus, wenn die neue Tat ein Verbrechen ist, treffen. Darüber hinaus ist auf Sicherungsverwahrung durch den Richter zu erkennen (§ 100 ff.). Nach Verbüßung der Strafe wird er dann durch die Polizei in einer Verwahrungsanstalt untergebracht, die ohne weiteres 3 Jahre dauern kann. Erscheint eine Fortdauer der Verwahrung über diese Zeit hinaus erforderlich, so muß das Gericht bestimmen, ob und wie lange sie weiterdauern soll, und wann seine Entscheidung von neuem einzuholen ist (§ 101). Diese Verwahrung soll keine Strafe sein, weil sie nicht Reaktion auf eine schuldhafte Tat, sondern Schutz der Gesellschaft gegen einen gefährlichen Kriminellen sei. In Wahrheit sprechen praktische und theoretische Gründe dafür, das, was die Sicherungsverwahrung erstrebt, durch die reguläre Freiheitsstrafe erreichen zu lassen. Zunächst kann und soll jede gewöhnliche Freiheitsstrafe Funktionen der Verwahrung erfüllen. Wenn die Sicherungsverwahrung nichts weiter erstrebt als die Gesellschaft vor einem gefährlichen Individuum durch Internierung zu schützen, so brauchen wir für diesen Zweck keine neuen Anstalten in unserem geldarmen Deutschland, denn dazu haben wir Gefängnisse, die, mögen sie auch noch so schlecht sein, die bloße Aufgabe der Internierung erfüllen. Wollen wir aber die Verwahrungsanstalt als einen intensiven Versuch der Wiedereinordnung und Erziehungsarbeit an gefährlichen Kriminellen ausbauen, so würden wir damit eine höchst unzweckmäßige Reform verwirklichen. Das, was die Hauptaufgabe der langzeitigen Freiheitsstrafe sein soll, würde nämlich dann besonderen Anstalten anvertraut werden und würde erst einsetzen bei solchen Individuen, die schon fünfmal zu erheblichen Freiheitsstrafen und mindestens einmal zu Zuchthaus verurteilt sind, d. h. bei Schiffbrüchigen, bei denen der Erfolg einer Erziehungsarbeit naturgemäß als sehr gering anzusehen ist. Dazu kommt, daß man im Vollzug zwischen Freiheitsstrafe und Sicherungsverwahrung noch so viel Unterschiede auf dem Papier behaupten kann, die Wirkung der Verwahrung auf die Beteiligten und der praktische Vollzug wird nicht zu unterscheiden sein von einer Freiheitsstrafe. Wenn die Verwahrungs-

anstalt sich darauf beschränkt, die Internierten irgendwie zu beschäftigen und sie im übrigen nur zu „verwahren", so wird sie einem veralteten Zuchthaus gleichen. Will sie aber Erziehungsarbeit treiben, so muß sie mit genau denselben Methoden, in genau demselben Geiste arbeiten, wie jedes moderne Gefängnis oder Zuchthaus. Und dann würde in Spezialanstalten an gefährlichen Gewohnheitsverbrechern Erziehungsarbeit versucht werden, die doch als wichtigste, allein zukunftreiche Aufgabe aller langzeitigen Freiheitsstrafen anzusehen ist. Daher habe ich in meinem Buch die Sicherungsverwahrung abgelehnt und verlangt, daß jede langzeitige Freiheitsstrafe Zwecke der Verwahrung mit erzieherischen Aufgaben verbinde.

Zur Rechtfertigung sichernder Maßnahme hatte *Exner*, der erste, der eine „Theorie der Sicherungsmittel" versucht hat, auf die Einrichtungen der „praktischen Engländer, denen man gewiß nicht theoretische Tüftelei vorwerfen kann", hingewiesen und als Vorbild für die Sicherungsverwahrung die „preventive detention" in Camp Hill (Insel Wight) empfohlen. In der Tat sind Voraussetzungen und Zwecke dieser englischen Maßnahme ungefähr die gleichen wie die der Sicherungsverwahrung des E. Sie ist vorgesehen für mehrfach vorbestrafte habituelle Kriminelle, die zu penal servitude verurteilt werden, und bei denen nach Verbüßung der Strafe eine Unterbringung in preventive detention von 5—10 Jahren kraft Urteilsspruchs vorgesehen werden kann. Über diese eit 1908 in England gesetzlich vorgesehene, aber erst seit 1912 benutzte Anstalt unterrichtet jetzt das grundlegende, und zwar auch für deutsches Gefängniswesen grundlegende und hervorragende Buch von Stephen *Hobhouse* und Fenner *Brockway*, English Prisons to day; being the Report of the prison system enquiry committes (1922) in einer Weise, die eine überraschende Bestätigung der oben gegebenen Kritik der Sicherungsverwahrung enthält. Für *Exner*, ebenso wie seinerzeit für *Goldschmidt*, sollte die preventive detention nach dem Wort eines englischen Gefängnisbeamten sein „not a punishment but a home" (vgl *Goldschmidt*, Mitteil. d. I. K. V., 13, 466 und *Exner* a. a. O. S. 168). Schon im Jahre 1910 wies *Churchill* darauf hin, daß die preventive detention „penal servitude in jeder Hinsicht sei". Es wäre „eine große Gefahr, glatte Worte für häßliche Dinge zu gebrauchen" (Hobhouse-Brockway a. a. O. 452 Ann. 20). Inzwischen kann man aus dem reichen Material des genannten englischen Werkes ersehen, daß Camp Hill in der Tat nichts anderes ist als ein modernes Gefängnis. Dementsprechend haben auch die Prison Commissioners 1920 die



Forderung aufgestellt, die Einrichtung, die sich bewährt habe, auszudehnen auf alle Zuchthausstrafen. Im Verwaltungswege sind auch bereits einzelne Gefangene der preventive detention ohne jene gesetzlichen Verordnungen überwiesen worden. *Hobhouse* und *Brockway* gehen aber wesentlich weiter — und jeder, der das Kapitel über die preventive detention vorurteilslos liest, wird ihnen zustimmen —; sie verlangen nämlich, daß alle englischen Gefängnisse nach der Art von Camp Hill reformiert werden mögen. Wenn das Regime von Camp Hill, selbst bei diesen wiederholt vorbestraften habituellen Kriminellen wesentliche Erfolge erreicht habe, so sei dies die beste Rechtfertigung für die Forderung, alle unsere Gefängnisse in den Dienst des Erziehungsgedankens zu stellen (a. a. O. Kapitel 27).

Hieraus geht deutlich hervor, daß der vom Entwurf gewählte Weg ein Umweg und Irrweg sein würde. Statt dessen ist entsprechend den Beschlüssen des Bamberger Juristentages (1921) und der J. K. V. in Göttingen (1922) die Sicherungsverwahrung zu streichen und an ihre Stelle eine langzeitige, nur dem Erziehungszweck dienende und daher unbestimmte Strafe zu setzen (These IV).

Aus den gleichen Gründen ist das Arbeitshaus abzulehnen. Der E. fordert seine Anwendung als sichernde Maßnahme über die bisherige Anwendung hinaus auch bei Dieben, Hehlern und Betrügern, wenn ihre Tat auf Liederlichkeit oder Arbeitsscheu zurückzuführen und die Maßregel erforderlich sei, um den Verurteilten an ein gesetzmäßiges und arbeitsames Leben zu gewöhnen. Das Gericht setzt neben einer Gefängnisstrafe die Unterbringung in einem Arbeitshause fest. Die Unterbringung erfolgt erst nach der Strafverbüßung. „Beim Vollzug ist anzustreben, daß die Arbeitskraft sowie die geistigen und sittlichen Fähigkeiten der Insassen gehoben werden" (§ 95 und 97 des E.). Der Fehler dieser Einrichtung liegt darin, daß hier sichernde und erziehende Maßnahmen nicht von der Gefängnisstrafe erreicht werden sollen, sondern einer besonderen Anstalt übertragen werden. Das Arbeitshaus soll eine Arbeitserziehungsanstalt sein. Das aber ist genau die Aufgabe, die unsere Gefängnisse und Zuchthäuser zu erfüllen haben. Daß der Kriminelle das Arbeitshaus als Freiheitsentziehung ebenso empfindet wie ein Gefängnis, bedarf keines Beweises. Aber auch sonst kann sich ein vernünftiges Gefängnis und ein vernünftig geleitetes Arbeitshaus praktisch in keinem einzigen Punkt voneinander unterscheiden. Auch hier würde also ebenso wie bei der Verwahrungsanstalt die Erziehungsarbeit als wesentliche Funktion unserer

Strafhäuser zurückgedrängt werden, wenn diese Aufgabe einer besonderen sichernden Maßnahme übertragen würde.

V. Eine letzte für die Zukunft unseres Strafrechts entscheidende Frage streift meine letzte These. Unser geltendes Recht kennt Strafen, die, wie die Festungsstrafe, die Ehre des Verurteilten nicht berühren, und Strafen, die von Gesetzes wegen ehrenmindernde Wirkungen haben. Darüber hinaus gibt es bekanntlich eine Aberkennung bürgerlicher Ehrenrechte bei Zuchthaus- oder Gefängnisstrafe, die erst nach Verbüßung der Strafe in Kraft treten. Der E. erhält diese Ehrenstrafen aufrecht. In Wahrheit sind sie der letzte Rest einer Strafauffassung, deren Unvernunft und Schädlichkeit wir sonst längst erkannt haben. Sie sind die letzten Reste jener Strafen, die durch Brandmarkung oder Verstümmelung äußerlich die Degradierung des Verbrechers zum Ausdruck bringen. Genau so wie diese keine Schutzwehren gegen das Verbrechen schaffen konnten, sondern nur dem so Gezeichneten die Möglichkeit einer Wiedereinordnung abschnitten, ist es mit den heutigen Ehrenstrafen. Für den heruntergekommenen Kriminellen haben sie gar keine Bedeutung, wohl aber für solche, die sich wieder in die Höhe arbeiten wollen und durch sie daran verhindert werden. Dazu kommt, daß diese Ehrenstrafen den Strafvollzug verderben. Erziehungsarbeit an einem Gefangenen kann man niemals treiben, wenn man ihn für die Zeit der Strafe oder sogar noch über die Entlassung hinaus als in seiner Ehre gemindert stigmatisiert. Man kann nicht einem Menschen helfen, wieder in geordnete Bahnen zu kommen, solange der Staat selbst der Allgemeinheit gegenüber zum Ausdruck bringt, daß der Kriminelle „ehrlos" und auch nach Verbüßung der Strafe noch nicht verdiene, wieder eingeordnet zu werden in das bürgerliche Leben. Diese Ehrenstrafen können daher nur noch aus Gedankenlosigkeit in ein neues Strafrecht hinübergenommen werden. Auch die schwersten kriminellen Handlungen sind niemals des Verbrechers einziges Werk; sie sind das Produkt einer gesetzmäßigen Entwicklung, bei der neben der Persönlichkeit des einzelnen unzählige mitbestimmende Tendenzen der Vergangenheit und Gegenwart in Betracht kommen, für die andere mitverantwortlich sind. Dem Menschen selbst, nicht bloß seiner Tat, den Makel der Ehrlosigkeit auflegen, ist wissenschaftlich unhaltbar und praktisch verhängnisvoll. Wenn unser Strafvollzug den Kriminellen büßen läßt für Einrichtungen und Handlungen anderer, die die Mitschuld an dem Verbrechen des einzelnen tragen, wenn er ihn auch nur für einige Jahre als ehrlos behandelt, so macht er hierdurch jede reformatorisch-päda-

gogische Beeinflussung unmöglich. Jeder menschlich vertiefte und zugleich der Allgemeinheit dienende Strafvollzug muß daher mit aller Kraft für die Beseitigung der Ehrenstrafen eintreten. Und ich hoffe, daß gerade auch der Psychiater den Kriminalisten in diesem Kampfe unterstützen wird — der Psychiater, der aus seiner eigenen Wirsamkeit weiß, welchen Wert die menschlich ruhige, durch keinerlei ethische Werturteile pharisäerhaft gesteigerte Behandlung hat.

Thesen.

I. Die Bestimmungen des Entwurfs über gefährliche Unzurechnungsfähige und vermindert Zurechnungsfähige verdienen im allgemeinen Anerkennung. Jedoch ist 1. an Stelle der obligatorischen Strafmilderung bei v. Z. fakultative Strafmilderung zu verlangen; 2. an Stelle der Landespolizeibehörde soll über die Entlassung aus der Heil- und Pflegeanstalt eine Kommission nach Art des österr. Gesetzentwurfs entscheiden; 3. die Maßregeln der Besserung und Sicherung können bedingt ausgesetzt werden. Ihre Vollstreckung ist progressiv zu gestalten, und die Entlassung sollte immer nur auf Widerruf und Stellung unter Schutzaufsicht erfolgen.

II. Die Heil- und Pflegeanstalten für v. Z. sind nach dem Vorbild der Irrenbehandlung auszugestalten und müssen ein in der Irrenpflege ausgebildetes Beamtenpersonal mit einem Psychiater als Direktor haben.

III. Die Bestimmungen des E.s zur Bekämpfung der kriminellen Trinker sind nach dem Vorbild der Bestimmungen über v. Z. auszugestalten. Nur sollten Trinkerheilstätten überwiegend als Erziehungsanstalten eingerichtet werden unter besonderer Betonung des pädagogischen Gesichtspunktes für das Beamtenpersonal.

IV. Die vom E. dem Arbeitshaus und der Sicherungsverwahrung überwiesenen Aufgaben sind durch die gewöhnlichen Freiheitsstrafen zu übernehmen. Die Erziehung zur Einordnung in die Gesellschaft fordert eine langzeitige, progressiv ausgestaltete und nur dem Erziehungszweck untergeordnete, relativ unbestimmte Freiheitsstrafe.

V. Die ehrenmindernde Wirkung bestimmter Freiheitsstrafen sowie die Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte sind als schädlicher Rest einer zu überwindenden Strafauffassung zu beseitigen.



Zur Frage der Unterbringung der kriminellen Geisteskranken und der Vermindertzurechnungsfähigen in Sachsen unter Berücksichtigung des § 88,1 des Entwurfes zu einem neuen deutschen Strafgesetzbuch vom Jahre 1919.

Von

Dr. med. **Erich Wendt,** Anstaltsdirektor in Waldheim.

Die Referate von *Vocke* und *Liepmann* über den Entwurf zu einem neuen deutschen Strafgesetzbuch in der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie am 22. September 1922 in Leipzig geben mir Veranlassung, im Zusammenhang damit die viel erörterte Frage der Unterbringung der Geisteskranken mit kriminellen Neigungen neuerdings zu besprechen. Es handelt sich im wesentlichen darum, ob man für die fragliche Kategorie von Kranken Zentralanstalten oder die sogenannten festen Verwahrungshäuser als Irrenanstaltsadnexe bevorzugen soll. In Preußen und andern deutschen Bundesstaaten hat man sich für die letzteren entschieden, wir in Sachsen zentralisieren unsere kriminellen Kranken, und zwar kommen die besonders gefährlichen männlichen Kranken nach Waldheim, die mindergefährlichen und die weiblichen Kranken nach Colditz. Der mir zur Verfügung stehende beschränkte Raum verbietet es, das Für und Wider dieser Frage, wie es in der Literatur der letzten Jahrzehnte zum Ausdruck kommt, eingehend zu würdigen. Bemerkt sei nur, daß wohl die Mehrzahl der Autoren, darunter *Weber*, *Aschaffenburg* und *Rüdin* die festen Häuser befürworten, während namentlich *Straßmann*, *Nitsche* und *Enge* für die Zentralisierung eingetreten sind. Neuerdings hat sich *Rixen* dahin geäußert, daß die Verteilung der gefährlichen Geisteskranken, unter ihnen auch der Kriminellen, auf alle in Frage kommenden Anstalten für einen großen Teil Deutschlands genügen würde. Dazu möchte ich bemerken, daß ein solches Verfahren für Sachsen als ausgeschlossen gelten muß, für gewisse Gegenden Deutschlands



mit ganz vorwiegend ländlicher Bevölkerung mag es zutreffen. Die sächsischen Verhältnisse bedingen besondere Maßnahmen, und da wir — wie schon gesagt — allein in Deutschland seit einer langen Reihe von Jahren über die zentralisierte Unterbringung Erfahrungen sammeln konnten, dürfte es von Interesse sein, diese gerade gegenwärtig kurz zu erörtern, wobei ich mich auf *Waldheim* beschränken möchte.

Über die Entstehung der Heil- und Pfleganstalt Waldheim hat *Knecht* im Jahre 1881 in Bd. 37 dieser Zeitschrift berichtet, über die weitere Entwicklung findet sich Näheres in der vom sächsischen Landesgesundheitsamte anläßlich der 100. Jahresversammlung deutscher Naturforscher und Ärzte herausgegebenen Festschrift. Der Umstand, daß die Waldheimer Anstalt aus einem Strafanstaltsadnex hervorgegangen ist und es in räumlicher und wirtschaftlicher Beziehung zum Teil noch jetzt ist, gibt ihr einen Charakter, welcher von dem einer modernen Heil- und Pfleganstalt sich immerhin merklich unterscheidet. Was *Aschaffenburg* 1912 so besonders zu tadeln hat, der Zugang durch die Strafanstalt u. a. ist zum großen Teil inzwischen beseitigt worden, dennoch aber ist der mit der Strafanstalt gemeinsame Mauerring immer wieder der Gegenstand von Beschwerden der Kranken und ihrer Angehörigen. Auch die ganze Art und Einrichtung des Hauses mit den langen Korridoren läßt den Strafanstaltstyp ohne weiteres erkennen. Im Innern des Hauses sind zumal die Isolierräume des Erdgeschosses zum Teil unfreundlich. Sie wird *Aschaffenburg* bei seiner absprechenden Kritik wahrscheinlich in Erinnerung gehabt haben.

Trotz dieser evidenten Übelstände ist es gelungen, die Anstalt ihrem Betriebe nach, besonders aber in der individuellen Behandlung der Kranken den Anforderungen einer Heilanstalt so weit nahe zu bringen, als die Verhältnisse und die Eigenart des Krankenmaterials es gestatten. Es war mir nicht vergönnt, eine größere Anzahl der außerhalb Sachsens bestehenden, an Irrenanstalten angegliederten festen Verwahrungshäuser selbst zu sehen, ich kenne nur das in Nietleben bei Halle. Dieses ist aber eines der neuesten und besteingerichteten. Es liegt, etwa 100 m von der übrigen offenen Anstalt getrennt, in einem engen, hochummauerten Hofe. Das Äußere dieses Hauses wirkt allerdings, ganz wie *Nitsche* sagt, wenig ansprechend. Im Inneren sieht man zwar auf Schritt und Tritt, daß das Haus neueren Datums ist. Türen, Fenster, Korridorabschlüsse usw. entsprechen den neuesten Erfahrungen auf dem Gebiete der Gefängnis-



kunde. Die Einzelräume sind größer als unsere Waldheimer Einzelzimmer, auch ist für Übersichtlichkeit, breite Treppen usw. gesorgt, andrerseits sind aber die einzelnen Korridorabteilungen durch schwere Vorhänge gegen Sicht voneinander abgesperrt. Trotz seiner Neuheit habe ich von dem ganzen Hause den Eindruck des Engen, Gefängnismäßigen doch weit mehr empfunden als in unserer Waldheimer Anstalt. Auch wurde mir gesagt, daß eine Beschäftigung im Freien nicht möglich sei, weil die Kranken sofort entweichen würden, man könne es nur wagen, sie einige Wochen kurz vor der Entlassung auf eine freiere Station übersiedeln zu lassen, um einen Übergang in die Freiheit zu schaffen. Ich gebe zu, daß die Besichtigung eines einzigen solchen Verwahrungshauses zu einem generell absprechenden Urteil nicht berechtigen soll, auch liegt es nahe, mir den Vorwurf zu machen, daß ich pro domo spräche; bei alledem aber muß ich doch rein objektiv feststellen, daß der ganze Geist unserer Kranken ein wesentlich freierer und besserer ist, als derjenige der Kranken sein kann, die in den kleinen Adnexen untergebracht sind. Die verhältnismäßig große Zahl unserer Krankan bietet den Vorteil, daß man auch hier die sonst übliche Einteilung in ruhige, halbruhige und unruhige treffen kann. Die Beschränkung unserer Kranken ist sicherlich, von den wegen grober Gefährlichkeit und Gewalttätigkeit Isolierten abgesehen, eine geringere als in den Adnexen. Die Möglichkeit hierzu ist uns dadurch gegeben, daß wir die innere Sicherung durch die weitgehende äußere Sicherung ersetzen. Strenge Abtrennung der einzelnen Abteilungen voneinander durch massive oder eiserne Gittertüren oder auch Absperrung gegen Sicht durch Vorhänge gibt es nicht, wir haben durchsichtige Glastüren mit Holzrahmen. Das therapeutische Hauptgewicht wird auf Beschäftigung gelegt, die uns im industriellen Sachsen vielleicht mehr zu Gebote steht, als es anderswo der Fall ist. Früher betriebene Schuhmacher- und Tischlerwerkstätten mußten zwar wegen der Gefährlichkeit der dazu notwendigen Werkzeuge aufgegeben werden, und es ist nur noch eine Schneiderei vorhanden; es wird dafür Zwirnknopffabrikation, Spielwarenbemalung, Zündholzschachtelherstellung und Papiertütenkleben getrieben, alles ohne metallene Werkzeuge. Von unschätzbarem Vorteil ist der 4 ha große Gemüsegarten, in welchem wir ständig eine Kolonne von 30 Kranken arbeiten lassen können, ohne ihre Entweichung befürchten zn müssen, denn auch der Garten liegt innerhalb des Mauerringes. Für Unterhaltung durch Musik und theatralische Aufführungen sorgen die Kranken selbst. Die Innenarbeit ist zum größten Teil Gemeinschaftsarbeit in großen, lichten

Räumen, zum geringen Teil arbeiten Kranke allein in ihren Einzelräumen. Zur Arbeit findet selbstverständlich keinerlei Zwang statt, vielmehr wird jede positive Leistung geldlich vergütet, was von außerordentlich günstigem erzieherischen Einflusse auch auf sehr schwierige Elemente ist. Blumenzucht auch in den Zimmern und jede andere harmlose Liebhaberei ist gestattet. Klagen, Unzufriedenheiten, Verleumdungen, Hetzereien, ja auch direkte Pläne und Versuche von Revolten und Ausbrüchen sind bei uns gewiß nichts Seltenes, kommen aber auch in den Adnexen vor. Andrerseits aber machen wir auch immer wieder die Erfahrung, daß die Kranken mit ihrem Aufenthalte wohl zufrieden sind, und wir haben so manche Äußerung des Dankes und der Anerkennung, ja des unumwundenen Lobes von früheren Kranken und ihren Angehörigen mündlich und schriftlich erhalten. Wenn ich dieses alles zusammennehme, so fällt mir ohne weiteres eine von *Rixen* zitierte Äußerung *Straßmanns* ein, nach welcher die Kranken in der englischen Zentralanstalt Broadmoor eine erträglichere und erfreulichere Existenz führen als die Kranken in den deutschen Verwahrungshäusern. *Aschaffenburg* hat recht, wenn er sagt, daß in den Krankenabteilungen bei den Strafanstalten um so leichter für die nötige Ruhe gesorgt werden könne, je größer die Abteilungen seien, und daß sie eben deswegen groß sein müßten; dasselbe gilt aber von den Irrenanstaltsadnexen. Ich füge hinzu, daß diese großen Abteilungen sich dann ganz von selbst zu Zentralanstalten auswachsen müssen, sowohl bei den Strafanstalten, wie es in Waldheim geschehen ist, als auch bei den Irrenanstalten. Eine kleine Zahl in einem kleinen Hause mit einem engen Hofe und dementsprechend beschränkter Bewegungsfreiheit muß auf die Stimmung der Kranken ungünstig einwirken und ihre Behandlung erschweren, zumal wenn die freie Behandlung der Kranken der übrigen Häuser ihnen täglich zum Bewußtsein kommt durch die unvermeidlichen Erzählungen der harmloseren Kranken, die man mit ihnen mischen muß. Was nützt einem in einem festen Verwahrungshause untergebrachten Kranken die unmittelbare Nachbarschaft einer mit allen Vorzügen freier Behandlung ausgestatteten Heil- und Pfleganstalt, wenn er dieser Vorzüge nicht teilhaftig werden kann. Daß der Austausch zwischen festem Hause und freien Abteilungen in Wirklichkeit nur gering ist, wie ich es in Nietleben gehört habe, bestätigt auch *Weber* für das Verwahrungshaus in Göttingen. *Rüdin* ist der Meinung, daß in der Zentralisierung gegenüber dem System der festen Häuser ein Rückschritt zu sehen sei, insofern als man einen Unterschied zwischen kriminellen und nicht



kriminellen Kranken herstelle, wodurch man die ersteren der Ächtung durch das Publikum in hohem Maße aussetze und ihre Wiederunterbringung im freien Leben bei der Entlassung schwieriger gestalte. Dieser Ansicht kann ich, zumal was den letzterwähnten Punkt anbetrifft, aus unserer Erfahrung nicht beipflichten, unsere an Arbeit und Ordnung gewöhnten Kranken werden durchaus nicht ungern genommen. Auch sind wir uns ja darüber einig, daß es bei ihrer Anstaltsunterbringung nicht auf die perfekt gewordene Kriminalität, also die eigentliche Bescholtenheit oder Vorbestraftheit ankommt, sondern auf das Vorhandensein krimineller Neigungen, was sich mit dem Begriffe der Gefährlichkeit in den meisten Fällen deckt. Hierdurch unterscheiden sich die in Frage kommenden Kranken von den übrigen, und diese Unterscheidung kommt im praktisch-pfleglichen Sinne durch die Verwahrungshäuser mindestens ebenso zum Ausdruck als durch eine zentrale Anstalt; was die letztere im Lande oder in der Provinz ist, ist der Sonderpavillon in der Anstalt. Sachlich ist beides dasselbe, daran ist nicht zu zweifeln, und letzten Endes kommt es doch nicht darauf an, einem Kranken und seinen Angehörigen die Möglichkeit zu geben, sagen zu können, der Kranke sei in einer allgemeinen offenen Anstalt behandelt worden, wenngleich sie für ihn speziell gar nicht offen war, sondern darauf, daß er seiner Eigenart entsprechend sachgemäß untergebracht und behandelt wurde, und ich glaube, daß man den Kranken in einer Zentralanstalt ein größeres Maß von Freiheit gewähren kann als in den Adnexen. Das dürfte vom psychiatrischen Standpunkt aus doch sehr zu beachten sein. Es liegt mir fern, zu behaupten, daß die festen Häuser nicht etwa Gutes leisten können, ich gebe aber der zentralisierten Anstalt den Vorzug, ein absolut Bestes dürfte es nicht geben, und die Hauptsache wird immer der ärztliche Geist sein, der in der betreffenden Einrichtung herrscht. Disziplinierung und Strafmittel, von denen *Enge* spricht, braucht man auch in der Zentralanstalt nicht. Der ausschlaggebende Grund aber, der uns m. E. zu einer gesonderten und besonderen Behandlung der in Frage kommenden Kranken berechtigt, ist ihre schon oben angedeutete psychische Sonderstellung in der Gesamtheit unseres Krankenmaterials. Wie schon *Siefert* und nach ihm die meisten andern Autoren festgestellt haben, und wie es auch bei uns in Waldheim der Fall ist, finden sich unter den fraglichen Kranken nur ganz wenig klassische Psychosen, ihre Hauptmasse besteht aus Psychopathen, aus Menschen, die infolge angeborenen geistigen Defektes des Verständnisses für die sozialen Voraussetzungen der Allgemeinheit entbehren.



die das Gesetz und seine Anwendung für ein Unrecht halten, oder die bei teilweisem sozialen Verständnis den selbstischen Trieben in der Freiheit immer wieder unterliegen und soziale Schädlinge sind. Auf diesem psychischen Boden erwachsen, meist vorübergehend, Symptome fast aller Psychosen, vor allem aber Erregungszustände mit hemmungloser Gewalttätigkeit; gerade in den letzten Jahren hat sich der Charakter der Kranken in dieser Richtung hin in steigendem Maße ausgeprägt. Das sind keine eigentlichen Geisteskranken, sie sind, wie auch *Vocke* in der Diskussion in Leipzig hervorhob, wesentlich anders beschaffen als die übrigen Insassen unserer Irrenanstalten. *Weber* charakterisiert sie richtig, wenn er sagt, daß ihre unsoziale Eigenschaft mehr durch die primäre Charakteranlage als durch die Psyche bedingt sei. Warum soll man sie da nicht in einer eigenen Anstalt gesondert behandeln? Akademische Argumente sollten die Objektivität in einer so vorwiegend praktischen Frage nicht trüben, man könnte sonst doch Gefahr laufen, das Wohlbefinden und die berechtigten Ansprüche der im eigentlichen Sinne geisteskranken Anstaltsbewohner durch die Anwesenheit wesensfremder Elemente zu beeinträchtigen.

Soviel über die prinzipielle Seite dieser Frage. Für Sachsen wird ihre praktische Bedeutung in den nächsten Jahren insofern aktuell werden, als die sächsischen Strafanstalten, die bislang dem Ministerium des Innern unterstanden, im kommenden Frühjahr dem Justizministerium unterstellt werden sollen. Die Räume der Waldheimer Heil- und Pfleganstalt werden früher oder später vom Strafvollzug für seine eigenen Zwecke beansprucht werden, wir müssen für etwa vier Fünftel unseres Bestandes von 180 männlichen Kranken anderweit Unterkunft schaffen, das übrigbleibende Fünftel wird dem Strafvollzug verbleiben, darunter die frisch im Strafvollzug erkrankten Beobachtungsfälle. Die weitere Unterbringung unserer Kranken wird auf alle Fälle sehr große finanzielle Schwierigkeiten bereiten, sei es, daß wir Verwahrungshäuser bei andern Anstalten bauen, sei es, daß wir unsere Kranken mit den Colditzer männlichen und weiblichen kriminellen Kranken zu einer Anstalt für rund 350 männliche und 100 weibliche Kranke vereinigen. Wegen des weiteren werden wir Ursache haben, mit unseren endgültigen Entschließungen zurückzuhalten, um vor allem die Wirkungen der Einführung des zu erwartenden neuen deutschen Strafgesetzbuches übersehen zu können. Dieses wird dem Richter die Füglichkeit geben, die Unzurechnungsfähigen zwecks Sicherung und Verwahrung einer Heil- und Pfleganstalt zuzu-



weisen. Wo sind die Minderzurechnungsfähigen heute? Die Frage ist kurz so zu beantworten: in Sachsen sind sie in den Heil- und Pfleganstalten Waldheim und Colditz und in den Strafanstalten. Die Heil- und Pfleganstalten haben aber diese Kranken nicht aus der Hand des Richters, wie es künftig sein soll, sondern überwiegend aus dem Polizeigewahrsam und auf dem Umwege über den Strafvollzug. Ich glaube richtig zu urteilen, wenn ich sage, daß das psychisch labile Menschenmaterial, welches zur Hafterkrankung disponiert ist und dort tatsächlich erkrankt, mit den Vermindertzurechnungsfähigen zum großen Teil identisch ist. Künftig wird es schon im Strafverfahren erfaßt werden, bei der Urteilsbildung unter Mitwirkung des ärztlichen Sachverständigen in höherem Grade, als es jetzt der Fall ist, individuell berücksichtigt und mit leichterer und kürzerer Strafe belegt werden, um dann in die Verwahrung zu kommen, wenn nicht gleich die Verwahrung angeordnet wird unter Anerkennung gänzlicher Unzurechnungsfähigkeit. Eine Folge davon wird, wie hier gleich bemerkt sei, eine Verminderung der akuten Haftpsychosen sein. Wie auch auf der letzten Tagung des deutschen Vereins für Psychiatrie im September 1922 zu Leipzig deutlich zum Ausdruck kam, weigert sich die Gesamtheit der Psychiater, die Vermindertzurechnungsfähigen in den allgemeinen Heil- und Pfleganstalten aufzunehmen. Diese Weigerung ist gerechtfertigt, und doch sollte sie in dieser Allgemeinheit eigentlich fast wundernehmen, nachdem man die nach § 51 RStGB. ganz Unzurechnungsfähigen und die unheilbar im Strafvollzug Erkrankten schon jetzt ohne Bedenken in den Heil- und Pfleganstalten bzw. in deren Verwahrungshäusern aufnimmt; kommt doch hier, wie schon gesagt, im wesentlichen dasselbe Menschenmaterial in Frage, wie bei den vermindert Zurechnungsfähigen, nur fehlt bei diesen der graduelle Höhepunkt oder der gänzliche psychische Zusammenbruch in der Strafhaft, d. h. man nimmt sich der definitiv krank Gewordenen an, den Gefährdeten und vomZusammenbruch Bedrohten verweigert man die Aufnahmen, wenigstens in der Heilanstalt. Man stößt sich an dem Ausdruck „Verwahrung", obwohl man die festen Häuser auch als Verwahrungshäuser bezeichnet, und daran, daß unsere Heil- und Pflegeanstalten durch die Aufnahme der vermindert Zurechnungsfähigen zu Anstalten gemacht würden, deren Insassen nicht lediglich aus ärztlichen Gründen, sondern auch auf den Spruch des Richters hin dort eingewiesen werden würden. Die Denkschrift zum Strafgesetzentwurf macht dies dem Arzte schmackhafter, indem sie erklärend hinzufügt, daß der Ausdruck „Heil- und Pflegeanstalt" gewählt sei,



um darauf hinzuweisen, daß diese Art der Verwahrung nicht nur der Sicherung der Allgemeinheit, sondern zugleich den Interessen des Verwahrten, insbesondere, in den Grenzen des Möglichen, seiner „Heilung" dienen solle. So geht denn auch trotz aller Bedenken die Auffassung der Mehrheit wohl nunmehr dahin, daß es zu einem Kompromiß kommen wird, und auf alle Fälle wird die psychiatrische Fürsorge sich der vermindert Zurechnungsfähigen annehmen müssen. Es wird m. E. nichts übrig bleiben, als die Vermindertzurechnungsfähigen dahin zu tun, wo sie ihrem psychischen Charakter nach am besten hinpassen, und das sind, soweit sie gefährlich und fluchtverdächtig sind, die festen Verwahrungshäuser in Preußen und Bayern usw. und die Zentralanstalten in Waldheim und Colditz in Sachsen. Aber auch die Nichtgefährlichen und nicht stark Fluchtverdächtigen wird man nicht auf alle Heil- und Pfleganstalten verteilen wollen, also werden auch sie in die einmal mit den gefährlichen Kranken belegten Anstalten kommen. Wenn wir in Sachsen nun die durch die finanzielle Lage uns aufgezwungene Notwendigkeit des Aufschubes unserer endgültigen Entscheidung über die Waldheimer Kranken auch dazu benutzen, die weitere Entwicklung der ganzen Psychopathenbehandlung in Rechtsprechung und Strafvollzug nach Einführung des neuen Strafgesetzbuchs abzuwarten, so werden sich vielleicht schon nach wenigen Jahren zahlenmäßige Verschiebungen in dem Krankenmaterial bemerkbar machen, die auf unsere Entschließungen von weitgehendem Einfluß sein werden. Sie werden dahin gehen, daß die Irrenabteilungen bei den Strafanstalten weniger in Anspruch genommen werden, die festen Verwahrungshäuser und die festen Verwahrungsanstalten sich aber in entsprechender Weise stärker füllen werden. Wenn der Richter eine Handhabe hat, einen psychisch zweifelhaften Verbrecher unter Wahrung der allgemeinen Sicherheit auf alle Fälle schon von sich aus so unterzubringen, daß letzterem aus dieser Unterbringung kein Schaden erwachsen kann, so wird er zur Anordnung der Verwahrung unter Anerkennung der Unzurechnungsfähigkeit viel häufiger geneigt sein, als er jetzt den § 51 des Strafgesetzbuchs in Anwendung bringt. Für diese meine Auffassung habe ich richterlicherseits Zustimmung gefunden. Zumal wir in Sachsen mit unserer dicht zusammengedrängten, stark industriellen Bevölkerung und verhältnismäßig zahlreichen Großstädten werden gut tun, uns auf einen starken Zufluß verwahrungsbedürftiger Elemente zu rüsten. Und ebenso glaube ich, daß die tatsächliche Entwicklung der Dinge unter den neuen Verhältnissen auch in den übrigen Bundesstaaten auf das System der Zentrali-



sierung hinführen wird. Vielleicht wird man von den vorhandenen Anstalten eines Bezirkes die für die gedachten Zwecke geeignetste auswählen und sie mit den nötigen Sicherungsvorrichtungen, vor allem mit weitgehenden äußeren Einfriedigungen, versehen, womit dann die „Heil- und Verwahrungsanstalt" als neuer Anstaltstyp entstehen würde, zugleich als Lösung der oft erörterten Frage der Zwischenanstalten. Die Möglichkeit der Weitergabe geeigneter, harmlos gewordener Kranken an die übrigen allgemeinen Heil- und Pfleganstalten bliebe auch dann noch immer bestehen. Daß solche Anstalten, ärztlich eingerichtet und ärztlich geleitet und betrieben, Gutes leisten werden, ist durch die in Sachsen schon jetzt bei ungünstigeren Verhältnissen gemachten Erfahrungen erwiesen.

Literatur: *Weber*: Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher und gemeingefährlicher Geisteskranker, Erg. d. N. u. Ps. I. 3, 1922. — *Rüdin*: Über die zweckmäßigste Unterbringung der irren Verbrecher und verbrecherischen Irren in Bayern. Z. f. N. u. Ps. II. 2, 1910. — *Werner*: Die Versorgung der geisteskranken Verbrecher in Dalldorf. Berlin, Fischer, 1906. — *Aschaffenburg*: Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke. Berlin, Guttenberg, 1912. — *Nitsche*: Die Unterbringung der Geisteskranken mit verbrecherischen Neigungen, Ps.-N. Wschr. XI. Nr. 2 u. 3, 1910. — *Rixen*: Die gemeingefährlichen Geisteskranken im Strafrecht, im Strafvollzuge und in der Irrenpflege. Berlin, Springer, 1921. — *Enge*: Soziale Psychiatrie, 1919.



Die chronische Manie und ihre praktische Bedeutung.

Von

Priv.-Doz. Dr. **E. Rittershaus**-Hamburg-Friedrichsberg.

Es ist das bleibende Verdienst von *G. Specht*, den Begriff der chronischen Manie aufgestellt und in die Psychiatrie eingeführt zu haben. Aber trotzdem diese Bezeichnung für eine so wohlcharakterisierte Krankheit geradezu in der Luft lag, hat die ganze Lehre, sonderbarerweise in weiten psychiatrischen Kreisen noch nicht diejenige allgemeine Anerkennung gefunden, die ihr doch wohl zukommt. Es ist natürlich vor allem die theoretische Bedeutung dieser Lehre, die sie so wertvoll macht, die prinzipiell wichtige Einreihung aller dieser vielgestaltigen und sonst so schwer zu rubrizierenden Krankheitsbilder in den großen Rahmen des *Kraepelin*schen manisch-depressiven Irreseins; Fälle, denen man sonst nur mit allgemeinen und verschwommenen Bezeichnungen wie „allgemeine psychopathische Minderwertigkeit", „degenerative Veranlagung" usw. ganz unvollkommen gerecht wurde, gewinnen unter diesem neuen Gesichtswinkel eine ganz ungeahnte Klarheit und Verständlichkeit, um nicht zu sagen Selbstverständlichkeit. Man lernt sie jetzt psychologisch zu erfassen und zu verstehen, und manches, das sonst als „ganz verrückt" imponierte, klärt sich durch eine solche „Einfühlung" in überraschender Weise als homonomes, unserem Verständnis durchaus zugängliches Symptom. Dadurch werden wir nicht nur dem Kranken persönlich näher kommen und ihn eventuell psychotherapeutisch besser beeinflussen können, sondern auch in der prognostischen, forensischen und sonstigen Beurteilung des Falles eine unendlich größere Sicherheit und Zuverlässigkeit gewinnen.

Und damit kommen wir zu der praktischen Bedeutung dieser Lehre, die vielleicht noch von größerer Tragweite ist. Auf diesen Punkt soll in der Zusammenfassung der vorliegenden Ausführungen noch näher eingegangen werden; hier nur das eine, daß ganz allgemein



eigentlich in jeder Beziehung, im gesellschaftlichen, wirtschaftlichen, wissenschaftlichen und künstlerischen Leben ebenso wie bei historischen Betrachtungen und nicht zuletzt in der Kriminalpsychologie, wie überhaupt in der forensischen Praxis, das manisch-depressive Irresein, und insbesondere gerade die chronische Manie, oft eine ausschlaggebende Rolle spielt, und daß man ohne Kenntnis dieser Zusammenhänge vielen Erscheinungen überhaupt nicht gerecht zu werden vermag. Und doch findet man gegen diese so wichtige Lehre von der chronischen Manie bei manchen Fachgenossen immer noch eine fast unbegreifliche Abneigung, um nicht zu sagen Voreingenommenheit.

Ihren Ursprung fand diese Abneigung vielleicht in der einen kühnen Konsequenz, die *Specht* selbst aus seiner Lehre zog, nämlich in der Einbeziehung des Querulantenwahnsinns und dann schließlich der ganzen Paranoia in die chronische Manie, — eine Kühnheit, die manche Autoren von vornherein abstieß und ein tieferes Eindringen in die Gedankengänge *Spechts* hinderte. Die weitere Folge davon war, daß man hier vielfach aneinander vorbeiredete. Denn das eine ist ja ohne weiteres für jeden, der *Specht* richtig verstanden hat, klar, daß diejenigen Fälle, die *Kraepelin* als Paraphrenieformen von der alten Dementia paranoides abgetrennt hat, die aber von vielen Kollegen der Einfachheit halber dort noch mit rubriziert zu werden pflegen, daß diese alle hier nicht gemeint sind. Andrerseits muß zugegeben werden, daß gerade viele solcher Paraphrenien, namentlich im Beginn, oft aber auch über viele Jahre hindurch, zuweilen sogar während der ganzen Dauer der Erkrankung, ebenso wie manche Fälle von Dementia paranoides, ausgesprochen manisch-depressive oder auch chronisch-manische Zustandsbilder zeigen können, so daß man erst bei näherer Untersuchung oder nach längerer Beobachtung den para- oder schizophrenen Hintergrund erkennt.

Wie ich selbst das Auftreten solcher manisch-depressiven Symptomenbilder bei andern Erkrankungen zu erklären versuchte, wurde an anderer Stelle [1]) dargelegt bzw. soll in der Fortsetzung dieser Arbeiten noch ausführlicher dargestellt werden, nämlich als das Auftreten des manisch-depressiven Symptomenkomplexes, der nach meiner Auffassung überhaupt nur ein Sxmptomenkomplex ist und bei allen möglichen andern Erkrankungen vorkommen kann. [Andrerseits könnte man natürlich auch versuchen, diese oben kurz ange-

[1]) „Die klinische Stellung des manisch-depressiven Irreseins." Z. f. d. g. Ps. u. Neur. 56, 1920 und 72, 1921.



deuteten Fälle als eine Kombination des manisch-depressiven Irreseins mit einem progredienten para- oder schizophrenen Prozesse zu erklären, eine Auffassung, die sich letzten Endes vielleicht gar nicht einmal so sehr weit von der meinigen entfernt.]

Aber wie dem auch sei, das eine soll jedenfalls mit aller nur möglichen Schärfe ausgesprochen werden, daß alle diese „Paranoiaformen" mit der chronischen Manie im Sinne *Spechts*, trotz mancher äußerlicher Ähnlichkeiten, zunächst nichts zu tun haben und hier auch gar nicht gemeint sind. Diese prinzipielle Trennung ist notwendig, um Mißverständnisse zu vermeiden.

Aber diese eine Konsequenz aus der Lehre von der chronischen Manie, diese Erklärung des echten Querulantenwahnsinns, und damit der reinen absoluten Paranoia, als sekundäre Wahnentwicklung, entstanden auf dem primären Symptome des krankhaften Affektes, dieser Teil der Lehre *Spechts* ist keineswegs die einzige Möglichkeit einer weiteren Begründung und auch Entwicklung bzw. Vertiefung dieser Anschauungen. Theoretisch überaus wertvoll, hat sie praktisch doch schon deshalb nicht die Bedeutung wie andere Möglichkeiten, weil die Fälle von solchem Querulantenwahn im Vergleich mit den übrigen Äußerungsmöglichkeiten einer chronisch-manischen Charakterentwicklung schon rein zahlenmäßig sehr zurücktreten. Es ist auch den verschiedenen Darlegungen *Spechts* in dieser Richtung wenig hinzuzufügen, und so soll auf diese Seite der Frage in den folgenden Ausführungen nicht näher eingegangen werden.

Dagegen seien einmal, immer in strenger Anlehnung an *Specht*sche Gedankengänge, hier solche Fälle geschildert, die — ohne eigentlich zum echten Querulanten zu werden — in anderer Weise hervorgetreten, mit den Behörden, dem Gericht und schließlich dem psychiatrischen Gutachter in Berührung gekommen sind. Manche von ihnen wären vielleicht als „Pseudoquerulanten", andere als „Zyklothyme", wieder andere als „konstitutionell Erregte" bezeichnet worden, andere würden wohl nur unter der Diagnose „Allgemeine Psychopathie" oder „Nervosität" in ihrer Eigenart nicht gerecht werdender Weise mit durchgegangen sein — erst die Zusammenfassung unter dem einen einheitlichen Gesichtspunkte lehrt die richtige Beurteilung und Bewertung in dem oben angedeuteten Sinne.

Darüber besteht ja wohl kein Zweifel mehr, daß es ein Fortschritt unserer diagnostischen Erkenntnis war, als es gelang, die unklaren Sammelbegriffe der „psychischen Nervosität", der „degenerativen Veranlagung" der „allgemeinen psychopathischen Minderwertigkeit" usw. bis zu einem gewissen Grade wenigstens aufzuteilen und viele Fälle dieser Art zu er-

kennen als formes frustes, als leichtere Art von sonst wohlbekannten psychischen Krankheiten, Übergangsformen derselben zum Normalen.

Diese Ansicht erhält ihre wesentlichste Stütze — abgesehen von der psychologischen Betrachtung und eventuell der experimentell-psychologischen Untersuchung der Krankheitsbilder — wohl dadurch, daß man bei sorgfältiger Erhebung der Anamnese bzw. Katanamnese überaus häufig in dem Leben solcher Patienten Verschlimmerungen nachweisen kann, die manchmal deutlich ins Krankhafte hinüberreichen und in ihrer jetzt klar zu erkennenden Eigenart die spezifische Natur des Leidens einwandfrei feststellen lassen. Es wird dann in dem großen Zusammenhange ohne weiteres klar, daß dies keine selbständigen Erkrankungen sind, sondern nur akute Verschlimmerungen eines chronischen Habitualzustandes von sonst prinzipiell gleichem Gepräge, mit andern Worten, die Krankheitskurve dieser Leute, die sich seither schon deutlich über die Norm erhoben und der Grenze des Pathologischen stark genähert hatte, überschreitet diese Grenze nun plötzlich einmal mit einzelnen Zacken und erreicht ausgesprochen krankhafte Grade. Diese Verschlimmerungen können nun ganz vorübergehender Art sein, oft nur tage- oder gar nur stundenlang andauern, sie können sich aber auch über längere Zeit hin erstrecken, und ebenso, wie sich die Krankheitskurve jener natürlich fließenden Grenze des Normalen stark nähern und längere Zeit dicht unterhalb derselben verlaufen kann, ebenso kann sie sich auch in toto mehr oder weniger über dieselbe erheben und sich für längere Zeit oder für dauernd dicht über dieser genannten Grenze halten.

In diesem letzteren Falle ist natürlich der spezifische Charakter der Erkrankung für den ferner Stehenden nicht so deutlich ausgeprägt, daß er ohne weiteres erkennbar wäre, und erst etwaige plötzliche Erhebungen der Kurve über dieses chronische Niveau hinaus klären ihm die Diagnose; bleiben aber diese Erhebungen aus, wie es gar nicht so ganz selten geschieht, so ist die klinische Beurteilung des Falles sehr erschwert, oft bei verschiedenen Beobachtern schwankend und häufig falsch. Es sind dies diejenigen Patienten, die von ihrer Umgebung, die monate- und jahrelang mit ihnen zu tun hat, unwillkürlich nicht ganz für voll genommen und instinktiv ganz richtig als psychisch abnorm erkannt werden die der Facharzt auch sofort als krankhaft ansprechen wird, für die er aber aus dem oben genannten Grunde nicht immer gleich die richtige Diagnose findet. Ist aber dann in einem solchen Falle diese einmal ausgesprochen, so ist damit gewissermaßen das erlösende Wort gefunden, nud man wundert sich oft selbst, daß man vorher den Wald vor lauter Bäumen nicht gesehen hat.

Das alles gilt natürlich für alle möglichen klinischen Diagnosen, für die Schizoiden, die hysterischen Charaktere, für die psychischen Epileptiker usw. (Vgl. den Versuch einer Einteilung der Temperamente nach solchen Gesichtspunkten — s. auch S. 253.) Vor allem aber gilt das für das manisch-depressive Irresein, und hier insbesondere wieder für die chronische Manie.

Denn diese ist ja diejenige Erscheinungsform des manisch-depressiven Irreseins, die sich in solch langgestreckter Kurve dicht unter oder über der Grenze des Normalen hinzieht und die — was *Specht* besonders hervor-



hebt — wie alle chronischen Erkrankungen viele Symptome nur in abgeschwächter, undeutlicher Form aufweist, nicht so scharf ausgeprägt wie die klassischen akuten Schulfälle, und die deshalb nicht ohne weiteres zu erkennen ist. Das oben Gesagte über die gestreckte Verlaufskurve ist natürlich nicht so ganz wortwörtlich zu nehmen, einzelne Zacken, akute Verschlimmerungen, namentlich depressiver Art, kommen überaus häufig vor und liefern dann den Beweis für die Richtigkeit der Diagnose. Vor allem sind hier ebenso oder noch in stärkerem Maße wie bei dem klassischen manisch-depressiven Irresein die „reinen Formen" selten, und es treten Mischzustände der mannigfachsten Art auf. Insofern ist also eigentlich der Name „chronische Manie" nicht ganz korrekt, und es müßte richtiger heißen: „chronisches manisch-depressives Irresein", doch sei der Ausdruck — wie *Specht* ihn zu begründen pflegte: „nominatio fit a potiori" — seiner Kürze wegen beibehalten, wenn man sich nur über seine Entstehung und Bedeutung im Klaren ist. Wie im einzelnen die Dinge hier ineinandergreifen können, in welch unendlicher Variationsmöglichkeit Mischzustände vorkommen, gerade bei leichteren und chronischeren Fällen, in viel komplizierterer Weise als die Lehre von den bekannten 8 typischen Mischzuständen *Weygandts* und *Kraepelins* besagt, wie insbesondere psychologisch die Symptome auseinander herauswachsen, und wie doch alle letzten Endes immer wieder auf die Grundstörungen des Denkens, Fühlens und Wollens zurückzuführen sind und damit ihre innere Zugehörigkeit zu dem großen manisch-depressiven Irresein erweisen, das alles soll in einer besonderen Arbeit näher ausgeführt werden, für die die hier vorliegenden Zeilen gewissermaßen eine vorbereitende Einleitung bzw. eine kasuistische Materialsammlung darstellen könnten. — Es sei deshalb bezüglich des tieferen psychologischen Verständnisses von Einzelheiten auf diese demnächst erscheinenden Darlegungen verwiesen. Im allgemeinen wird aber zum Verständnis der folgenden Ausführungen die Kenntnis von der Lehre über das manisch-depressive Irresein und seine Mischzustände im Sinne *Kraepelins* vollkommen genügen, weshalb auch auf diese Dinge hier nicht näher eingegangen sei.

Auch meine persönliche Auffassung des ganzen Problems der klinischen Stellung des manisch-depressiven Irreseins überhaupt, die ich andern Ortes [1]) teils schon ausführlicher dargelegt habe, teils im einzelnen noch näher begründen werde, bleibe hier außer Acht. Ganz gleichgültig, ob man das manisch-depressive Irresein als Krankheit sui generis auffaßt oder nur als Symptomenkomplex, in jedem Falle behält die chronische Manie innerhalb dieses Begriffes als wichtige Untergruppe ihre Daseinsberechtigung, und nur darauf kommt es hier an. Aber auch wenn meine Ansicht über diese ganze Frage richtig ist, so wäre doch gerade die chronische Manie, wie ich an jener Stelle schon vermutend ausgesprochen habe, zum recht großen Teile wahrscheinlich zu der übrigbleibenden Restgruppe des manisch-depressiven Irreseins, der von mir sogenannten „endokrinen Affektpsychose" zuzuzählen, wenn auch hier Schädelverletzungen in der Jugend oder epileptiforme Erscheinungen oft eine — vielleicht nur

[1]) l. c.



sekundäre, vielleicht im Circulus vitiosus verschlimmernde — Rolle zu spielen scheinen. Doch bleibe, wie gesagt, dies alles zunächst ganz außer Betracht, nicht die Ätiologie, sondern vorläufig rein empirisch die Symptomatologie und die daraus zu ziehenden Konsequenzen sollen uns hier beschäftigen.

Den Vorzug der Kürze haben die nachfolgenden Krankengeschichten leider nicht, können ihn auch nicht haben, da es sich bei der chronischen Manie der ganzen Sachlage nach ja nicht um die Schilderung einiger weniger markanter Symptome handelt; das Krankheitsbild setzt sich aus zahlreichen kleinen Einzelzügen zusammen, von denen jeder für sich allein vielleicht nicht allzuviel beweisen würde, die aber in ihrer Gesamtheit mosaikartig, dann aber um so deutlicher das ganze klinische Bild scharf umrissen vor unserem Auge entstehen lassen. Daß andererseits eine derartige kasuistische Zusammenstellung nicht langweilig und ermüdend wirkt, auch nicht für den, der die betreffenden Patienten nicht persönlich kennt, dafür sorgen wohl schon die Krankengeschichten selbst, denn uninteressant dürfte keiner der hier in Betracht kommenden Fälle sein; es sind im Gegenteil alles Sonderlinge, Originale möchte man sagen; niemand wird gleichgültig im Leben an ihnen vorübergehen, und manche von ihnen hätten wohl verdient, auch künstlerisch-literarisch verwertet zu werden. Es ist also auch in diesem Sinne ein Beitrag zu der ganzen Lehre von den psychischen Grenzzuständen, der hier gegeben wird.

Daß derartige ausgeprägte, eckige und kantige Naturen noch mehr als sonst im Leben in den Ausnahmeverhältnissen des Krieges besonders scharf hervortreten, daß sie gemäß ihrer Veranlagung im guten oder im bösen Sinne irgendwie sich von ihrer Umgebung abheben mußten, liegt auf der Hand, und so ist es zu erklären, daß die meisten derselben während meiner 4jährigen psychiatrischen Tätigkeit auf dem westlichen Kriegsschauplatze in meine Beobachtung kamen. Wenn nun auch ein großer Teil der aus meinem Material zu ziehenden Schlußfolgerungen, namentlich in militärgerichtlicher Hinsicht und in bezug auf die Militärdienstfähigkeit, durch den Ausgang des Krieges hinfällig geworden ist, so bleibt doch noch so viel des Interessanten, nicht nur rein menschlich, sondern vor allem in klinischer und in allgemein forensischer Hinsicht übrig, daß sich die Veröffentlichung der nachfolgenden Fälle wohl rechtfertigen dürfte.

Was schließlich die Häufigkeit dieser Krankheitsform anbelangt, so muß ich aus den gleichen Gründen, wie bereits an anderer Stelle näher dargelegt [1]), es ablehnen, eine Statistik zu geben oder in dieser Hinsicht irgend welche Schlußfolgerungen zu ziehen; dazu ist mein Material zu ungleichmäßig zusammengesetzt; außerdem würden ja auch im letzten Jahre des Krieges die lawinenartig anschwellenden hysterischen Erkrankungen jede vergleichende Statistik völlig wertlos machen. Unter dieser Einschränkung sei gesagt, daß im ersten Jahre des Krieges die Zahl solcher mehr oder weniger chronisch verlaufenden und oft zum Querulieren neigenden Manisch-Depressiven etwa 2 % aller Aufnahmen meiner Abteilung betrug. Später nahmen die Zahlen, zum Teil wohl aus dem

[1]) l. c. s. S. 210.



eben angedeuteten Grunde, außerordentlich ab. Dabei könnte man weiterhin vielleicht auch noch an die Möglichkeit denken, daß im Beginn des Feldzuges, bei der Fülle der neuen psychischen Momente, die auf die Menschen einstürmten, diese chronischen Manien durch den Strudel der Ereignisse an die Oberfläche gehoben und unter den ungewohnten Subordinationsverhältnissen in Konflikte gerieten, daß dann aber, als sich in allen Dingen mehr ein Dauerzustand entwickelt hatte, sie sich, soweit sie nicht infolge ihrer draufgängerischen Tollkühnheit überhaupt schon gefallen waren, den veränderten Verhältnissen etwas angepaßt hatten und nicht stärker in Erscheinung traten, als im Frieden auch; und schließlich darf ja auch nicht vergessen werden, daß diese Fälle nur dann in psychiatrische Beobachtung gelangten, wenn sie irgendwie in Konflikte gerieten — und das geschah tatsächlich oft nur infolge eines Zufalles oder einer Verkettung unglücklicher Umstände —, und daß andere vielleicht ebenfalls nur infolge irgend welcher andern glücklichen Umstände Gelegenheit fanden, ihren Temperamentsüberschuß in nützlicher Weise auszutoben, gewissermaßen zu sublimieren, ohne also psychiatrisch in Erscheinung zu treten. Auch war man in den letzten Jahren des Krieges vielleicht etwas toleranter und großzügiger solchen Naturen gegenüber, jedenfalls wurde wohl keiner, der durchaus zur Front wollte, aus übergroßer Vorsicht oder aus Ressortegoismus davon zurückgehalten.

Bei der folgenden Kasuistik wurden ferner, schon mit Rücksicht auf den zur Verfügung stehenden Raum, nur besonders typische Fälle geschildert; also auch aus diesen Gründen ist eine statistische Wertung der mitgeteilten Krankengeschichten nicht angebracht. Andrerseits aber ist gerade die Art und Weise, in der diese chronisch-manischen Naturen, zum Teil scheinbar nur zufällig, in Wirklichkeit aber mit innerer Notwendigkeit bei den Sonderverhältnissen des Krieges in Konflikte gerieten, das Reizvolle, Interessante und Lehrreiche an der ganzen Kasuistik und deshalb vielfach eingehender geschildert, als vielleicht bei scheinbaren Nebensächlichkeiten nötig erscheinen mag. Es ist jedoch wichtig in symptomatologischer, diagnostischer und prognostischer Hinsicht, bei jedem einzelnen Falle und erst recht bei Beurteilung der ganzen Frage von einem höheren Gesichtspunkte aus. Deshalb darf es wohl auch als gerechtfertigt erscheinen, wenn die günstige Gelegenheit nicht unbenutzt bleibt, die der Krieg nun einmal dadurch bot, daß er so viele dieser eigenartigen Menschen in so — man möchte fast sagen instruktiver Weise — in irgendeiner besonderen Beleuchtung in den Vordergrund schob, und so wird es wohl auch aus diesem Grunde nicht beanstandet werden, daß es sich hier um Fälle handelt, die während des Krieges in ärztliche Beobachtung gekommen waren.

In den folgenden Krankengeschichten mußten nun zum Verständnis des ganzen Bildes soviel persönliche Einzelheiten gebracht werden, daß die Patienten selbst oder ihre nächste Umgebung sie aus der Schilderung wohl mit ziemlicher Sicherheit wiederzuerkennen vermöchten. Es ließ sich dies nicht vermeiden, wenn eine treue und charakteristische Zeichnung jedes einzelnen Krankheitsbildes gegeben werden sollte. Durch die übliche Weglassung aller Namens- und Ortsbezeichnungen glaube ich aber dem ärztlichen Berufsgeheimnis Genüge geleistet zu haben, zumal da die vor-

liegende Veröffentlichung ja doch nur für die Fachpresse bestimmt ist. Im einzelnen war es natürlich nicht immer möglich, nur reine Tatsachen zu geben, das Ideal einer ärztlichen Schilderung, es würde dazu der zur Verfügung stehende Raum bei weitem nicht ausgereicht haben, doch glaube ich das Ziel, bei Zusammenfassungen und bei kurzer Schilderung von Tönen, Gebärden, Stimmungen usw. möglichst objektiv und unvoreingenommen zu bleiben, leidlich erreicht zu haben, wie einzelne Stichproben aus Stenogrammen usw. wohl dartun werden.

Über den weiteren Verlauf der Fälle war leider fast nie etwas zu erfahren, vielleicht ist der eine oder andere Kollege, dem diese Zeilen zu Gesicht kommen, noch mit diesem oder jenem Patienten zusammengekommen und kann mir weitere Mitteilungen zukommen lassen, für die ich jedenfalls sehr dankbar wäre.

Es ist selbstverständlich grundsätzlich davon abgesehen, entsprechend den obigen Darlegungen über die unendliche Variabilität der Verlaufsform, nun noch innerhalb der chronischen Manie verschiedene Untergruppen aufzustellen, wie dies z. B. seinerzeit *Nitsche*[1]) versucht hat. Es gibt hier in dieser Hinsicht m. E. überhaupt keine Regeln, keine bevorzugte Verlaufsart, sondern eine unbegrenzte Anzahl von Möglichkeiten, und jederzeit kann die Krankheit eine andere Wendung nehmen, der Zustand eine andere Farbenmischung bekommen. Nur der äußeren Übersichtlichkeit halber seien die Krankengeschichten in einzelne Gruppen geordnet, ohne daß dies irgend etwas mit dem Versuch einer Klassifizierung zu tun hätte.

Trotzdem, wie oben gesagt, auf das Moment des Querulierens in diesem Zusammenhang nicht allzu großes Gewicht gelegt werden soll, sei doch zunächst mit einer Reihe von Fällen begonnen, bei denen dieser Punkt mehr oder weniger im Vordergrunde steht, weil hierbei der Anschluß an die Darlegungen *Spechts* und *Nitsches* am leichtesten gewonnen wird.

Der erste Fall ist der typische „Pseudoquerulant“ nach *Kraepelin*scher Terminologie, der sich dauernd mit gewissen Schwankungen über der Grenze des Krankhaften bewegt, und von dem es nur auffällt, daß er bis dahin anscheinend noch nie Gegenstand einer psychiatrischen Begutachtung geworden war.

Fall 1. Konrad H., geboren 30. 7. 79 zu Sch. in der Oberpfalz. Der Pat., der wegen verschiedener Vorfälle, auf die gleich noch näher eingegangen sei, zur Beobachtung kam, verweigerte zunächst jede nähere Auskunft über sein Vorleben. Die aus der Heimat dann eingeforderten Gerichtsakten, und zwar nur diejenigen aus der Zeit vor dem Kriege, waren aufeinandergeschichtet über 50 cm hoch und über $^1/_2$ Zentner schwer. Auf Vorhalt dieses Aktenstoßes fing Pat. an zu lachen und meinte, das seien ja erst nur die Strafakten, der Aktenstoß seiner Zivilprozesse sei mindestens noch dreimal so hoch.

Über erbliche Belastung war nichts Näheres zu ermitteln. Pat. selbst gab an, er habe in der Schule sehr leicht gelernt, sei immer ein lustiger Junge gewesen, nie krank, immer fidel, habe jeden Sonntag in der Wirtschaft Ziehharmonika gespielt, sei überall bekannt und beliebt

[1]) *Nitsche*, „Über chronisch-manische Zustände“. A. Z. f. Ps. Bd. 67.



gewesen und auf dem Tanzboden und bei Raufereien stets einer der ersten. Das mit dem „Beliebtsein“ war offenbar eine etwas subjektive Auffassung, hervorgegangen aus seinem manischen Selbstbewußtsein, die übrigen Angaben scheinen zu stimmen.

Schon im Alter von 14 Jahren war er eines Sittlichkeitsverbrechens an einem 8jährigen Mädchen angeschuldigt, wurde aber wegen Mangels an Beweisen freigesprochen. Die Urteilsbegründung ist angesichts der Beweiserhebung nicht sehr überzeugend: H. bestritt, an dem fraglichen Tage überhaupt auf der betreffenden Wiese gewesen zu sein, während mehrere Zeugen gesehen haben, wie er dort mit der Verletzten im Gebüsch verschwand. Die frische Defloration des Kindes war kreisärztlich festgestellt worden.

Im übrigen sagte einer der Zeugen u. a. aus: „H. ist allgemein als frecher und vorlauter Bursche bekannt, der bereits Sonntags regelmäßig die Wirtshäuser besucht und dabei Zigarren raucht; er läßt niemand in Ruhe, beschimpft sogar verheiratete Frauen und Männer und hat schon öfters mit Steinen nach Erwachsenen geworfen.“ — Eine andere Zeugin, eine alte Frau, sagte: „H. ist allgemein als ein böser Bursche bekannt, er ist mir vor kurzer Zeit auf der Weide nachgelaufen und hat mich an den Füßen mit Kuhfladen beschmiert.“ — Im Leumundszeugnis ist er als ein „ungezogenes Bürschlein“ bezeichnet. Der Lehrer nennt ihn einen „geweckten Kopf“ und einen der begabtesten Schüler, der die Einsicht zum Erkennen einer strafbaren Handlung wohl besitze.

Auch eine ganz vorschriftsmäßige Eingabe mit Aktenzeichen und „betr.“ befindet sich bereits bei den Akten, in der H. als „Beweismittel“ 4 Zeugen nennt. Der Freispruch erscheint wohl nicht zuletzt dadurch hervorgerufen zu sein, daß er mit eiserner Konsequenz und Frechheit leugnete und durch sein hypomanisch-temperamentvolles und sicheres Auftreten dem Gericht außerordentlich imponierte.

Ähnlich scheint er in einem andern Falle durch sein Auftreten und seine manische Frechheit gewirkt zu haben. Es handelte sich um Ansprüche aus einem außerehelichen Beischlaf; er war zur Tragung der Kosten verurteilt worden, setzte aber in der zweiten Instanz durch, daß die Klage zurückgewiesen wurde, da die Klägerin durch ihr Verhalten Veranlassung zu dem Rücktritt von dem Verlöbnisse gegeben habe. Bei Beurteilung der ganzen Sachlage wird man sich auch hier wohl seine Gedanken über die tieferen Zusammenhänge dieser Vorfälle machen dürfen. Es war dies eine der wenigen Zivilprozeßakten, die sich in dem Aktenstoß befanden, aus dem natürlich nur Stichproben gegeben werden können.

1905 war H. wegen Brandstiftung angezeigt, es bestand eine ganze Reihe von Verdachtsmomenten dafür, daß er seine Sägemühle angezündet habe, um die hohe Versicherungssumme zu erhalten, und das ganze Dorf war fest von seiner Schuld überzeugt. Trotzdem wurde das Verfahren eingestellt, weil seine Behauptung, es müsse sich um Selbstentzündung von Sägespänen oder Heißlaufen der Räder gehandelt haben, nicht widerlegt werden konnte. Allerdings wurde sein Verlangen nach einer Entschädigung für unschuldig erlittene Untersuchungshaft abgelehnt.

1909 erstattete er Anzeige, weil er aus einer Wirtschaft hinausgeworfen und verprügelt worden war. Er selbst hatte nämlich bei der



Kirchweihe in einer Wirtschaft Skandal gemacht, ließ sich aufspielen, ging singend und juchzend im Zimmer umher, warf seinen Hut in die Luft, steckte seinen Geldbeutel und dann auch seinen Hut in die große Baßtuba der Musik während des Spielens, stellte sich hinter den Gendarmen, schnitt Gesichter, setzte diesem seinen Hut auf, machte mit seinem Spazierstock Bewegungen des Violinspielens, schlug mit seinem Nagelschuh auf einem Stuhl den Takt zur Musik, bis der Stuhl zerbrach, usw., und das alles über eine Stunde lang. Als er hinausgewiesen wurde, verprügelte er den Wirt, wurde dann hinausgeworfen, kam aber wieder herein, zerschlug alle Fensterscheiben, hetzte seinen Hund auf die Gäste usw. Schließlich wurde er dann mit vereinten Kräften endgültig hinausgeworfen und dabei natürlich auch verprügelt. Daraufhin erstattete er selbst die Anzeige. Dies ist wohl charakteristisch dafür, daß es sich nicht etwa um eine reine Alkoholszene gehandelt hat. — Der Gendarmeriebericht sagt von ihm: „H. ist ein streitsüchtiger, krakehlender Mensch, der von jedem gemieden wird." Das Verfahren auf seine Anzeige hin wurde eingestellt, er selbst erhielt 12 Tage Gefängnis und 1 Woche Haft. Selbstverständlich Berufung, die vom Landgericht verworfen wurde. Revision ans Oberlandesgericht, die gleichfalls verworfen wurde, Beschwerde dagegen, ebenfalls abgelehnt, und schließlich kam er noch mit einem Gesuch um Strafaufschub, das wiederum nach Ablehnung in die zweite Instanz ging, wo ihm natürlich ebenfalls nicht stattgegeben wurde.

Ein andermal hatte er Streit mit seiner Frau, hatte sie wieder einmal mißhandelt und wollte dann aus Schikane nicht haben, daß eine Nachbarin ihr beim Einernten des Hafers behilflich war; deshalb verprügelte er die Nachbarin mit einem starken Lederriemen und erhielt durch Strafbefehl eine Haftstrafe von einer Woche. Auf seinen Einspruch hin wurde er von dem Schöffengericht, offenbar ebenfalls infolge seines sicheren Auftretens, unter Zubilligung mildernder Umstände, nur zu einer Gefängnisstrafe von einem Tage und zur Tragung der Kosten verurteilt. Selbstverständlich Berufung beim Landgericht, die ebenfalls verworfen wurde.

Ein andermal verprügelte er bei einer großen Rauferei den Polizeidiener; nach dem Wortlaut der Anklage war er, wie es in schönstem Juristendeutsch hieß: „Hinreichend verdächtig, dem X. in beleidigender Absicht und in durch nichts rechtsbegründeter Ursache vorsätzlich mit den beschuhten Füßen mehrere heftige Stöße gegen die untere Verlängerung des Rückens versetzt zu haben, mit der Folge heftiger Schmerzen und mehrtägiger Arbeitsbehinderung." Bei der Verhandlung lehnte er zunächst den Amtsrichter wegen Befangenheit ab, weil er des Pat. Antrag, mit den übrigen Angeklagten zusammen verhandelt zu werden, nicht stattgegeben hatte. Als er keinen Erfolg erzielte, Beschwerde dagegen, es sei schon das dritte Mal, daß er diesen Richter ablehne. Auch dieses wurde zurückgewiesen; daraufhin lehnte er einen Schöffen wegen Befangenheit ab, ebenfalls ohne Erfolg. Er erhielt 5 Tage Gefängnis und legte sofort Berufung ein, die selbstverständlich ebenfalls verworfen wurde.

Immer wieder zeigte sich seine prozessuale Übung und sein Hang zum Querulieren, doch macht es oft geradezu den Eindruck, als ob er nicht aus innerstem verletzten Rechtsgefühl heraus querulierte, sondern in einer gewissen Vorliebe für formale Spielereien, mit einem direkten



Vergnügen, den Behörden Schwierigkeiten zu machen und sie zu schikanieren.

Im ganzen weist seine Strafliste, abgesehen von den Fällen, in denen er einen Freispruch erzielte, 20 Vorstrafen auf, meist leichterer Art, darunter einige echt manische Übertretungen wie „Gehen über fremde Grundstücke", „Nichtanmeldung zur Krankenversicherung", „unbefugte Gewerbeausübung", „Versäumnis von Pflichtfeuerwehrübungen" usw. Meist aber handelt es sich um Beleidigung, groben Unfug, Widerstand, Sachbeschädigung, Hausfriedensbruch, Körperverletzung und ähnliches; einmal kommt auch Diebstahl vor. Der Gendarmeriebericht über ihn besagt, daß er sehr häufig mit dem Gesetz in Konflikt komme und der Gendarmerie sehr viel Arbeit mache, im schlechtesten Rufe stehe und zu jeder schlechten Tat fähig sei usw. Außerdem hat er, wie gesagt, zahlreiche Zivilprozesse geführt, von denen bei Ausbruch des Krieges noch mehrere schwebten, wegen Servitutstörung, wegen konkursrechtlicher Fragen usw., alle stets durch sämtliche nur möglichen Instanzen hindurchgeführt und unter jeder nur möglichen formalistischen Rabulistik.

Daß natürlich auch der Alkohol hier eine Rolle spielt, ist klar; doch ist er sicherlich nur, wie so oft in solchen Fällen, ein sekundäres, verschlimmerndes Symptom. Zu ausgesprochenen deliranten oder ähnlichen Zuständen ist es offenbar nie gekommen.

Bei seinem Truppenteil kam er selbstverständlich in fortgesetzten Konflikt mit seiner Umgebung und seinen Vorgesetzten und hatte in den ersten $^3/_4$ Jahren seiner Dienstzeit bereits 5 militärische Strafen erlitten, wegen Urlaubsüberschreitung, Trunkenheit außer Dienst, Beleidigung von Vorgesetzten usw. Bei letzterem Vergehen hatte er behauptet, der Bataillons-Kommandeur habe ihn nur deshalb so scharf angefahren und gleich 3 Tage eingesperrt, um die andern Leute einzuschüchtern, damit sich niemand getraue, die Wahrheit zu sagen. Bechwerden über das Essen waren seine Spezialität, und mit Stolz wies er darauf hin, daß er mehrmals Recht bekommen habe, man brauche sich solche Sachen nicht gefallen zu lassen. Einmal hatte er ein Stück Bindfaden, das er angeblich in der Suppe gefunden hatte, persönlich zum Kompagnieführer gebracht. Aber auch wegen grundloser Beschwerden wurde er mehrmals bestraft.

Schließlich kam es in betrunkenem Zustande zu einer schweren Achtungsverletzung, Gehorsamsverweigerung und Vorgesetztenbeleidigung. Er schimpfte unter anderem: er lasse sich von keinem Juden etwas sagen, und bei den Scheißpreußen brauche er keinen Dienst zu tun usw. Schließlich mußte er in schwer betrunkenem Zustande auf einem Wagen zur Revierstube geschafft werden. An einem andern Tage kam er laut schimpfend auf die Schreibstube und forderte sein Essen; die Zeit sei vorbei, und er könne es zu einem bestimmten Zeitpunkte verlangen. Das Essen selbst übergab er dann einem Kameraden zur Aufbewahrung, er wolle es untersuchen lassen, ob es auch wirklich 1,05 M. wert sei.

Dann weigerte er sich, auf Anordnung des Feldwebels zum Revier zu gehen, er sei schonungskrank und nicht revierkrank, und das habe nur der Arzt zu bestimmen und nicht der Feldwebel, er gehe nicht, und wenn er 10 Jahre Zuchthaus bekomme usw. Er ging dann nun zwar



doch schimpfend, reichte aber sofort eine Beschwerde ein, daß er dorthingeschickt worden sei, trotzdem man gewußt habe, daß der Revierarzt an jenem Tage verreist gewesen sei; außerdem sei der ihn führende Unteroffizier auf dem Wege zum Revier zu schnell gegangen, trotzdem Pat. doch noch schonungskrank sei; nichtsdestoweniger fuhr H. aber noch am gleichen Abend, Mundharmonika spielend, in einem Kahn auf dem Wallgraben des Forts von Antwerpen, wo er lag, spazieren und betrank sich dann in der Kantine. Die letztere Beschwerde, die vom Kompagnieführer zurückgewiesen wurde, ging sofort an die höhere Instanz, jedoch gleich zusammen mit der Erklärung, daß er den Bataillons-Kommandeur für befangen halte, weil eine andere Beschwerde des Pat. gegen diesen noch schwebe. Deshalb verweigerte er auch zunächst jede weitere Auskunft; erneute Beschwerde bei der Zurückweisung der letzteren. Bei einer neuen Vernehmung beantragte er, den Gerichtsoffizier selbst wählen zu dürfen; als dies abgewiesen wurde, verweigerte er wiederum jede Aussage, da er sich dadurch selbst schädigen könne. Bei der Verhandlung selbst stellte er den Antrag, die Sitzung zu vertagen, weil er gegen den Major, der das Feldgericht befohlen hatte, mehrere Beschwerden eingereicht habe; dann beschwerte er sich, daß ihm kein Verteidiger gestellt war usw. Er wurde zu einer Gesamtstrafe von 9 Wochen und 3 Tagen Gefängnis verurteilt. Selbstverständlich legte er sofort Berufung ein, mit der Begründung, wenn er damals betrunken gewesen sei, habe der Feldwebel ihm keinen Befehl geben dürfen, denn es beständen genaue Vorschriften über die Behandlung Betrunkener, also sei jener Befehl ungültig.

Das Urteil wurde aus formalen Gründen aufgehoben, was ihm außerordentliche Befriedigung verschaffte, und Pat. wurde zur Beobachtung meiner Abteilung überwiesen.

Hier war er vom ersten Augenblick an außerordentlich selbstbewußt und trumpfte damit auf, daß er sein gutes Recht schon durchkämpfen werde gegen jedermann. Er war meist sehr lustig und vergnügt, machte Witze, neckte andere Kranke, war aber andrerseits, namentlich den Ärzten gegenüber, außerordentlich mißtrauisch, weigerte sich, irgendwelche Angaben über seine Vorgeschichte zu machen oder sich irgendwelchen Untersuchungen zu unterziehen; er traute eben niemandem und witterte hinter allem eine Falle. Selbstverständlich querulierte er auch hier über alles mögliche, wollte dem Chefarzt vorgestellt werden usw.

Deutliche Spuren eines chronischen Alkoholmißbrauches waren bei ihm nicht festzustellen. Dagegen bestand eine für sein Alter auffallend weit vorgeschrittene Arteriosklerose mit Vitium cordis und leichtem Emphysem, Erscheinungen, die manchmal zu leichten Angina pectorisartigen Beschwerden führten. Mit der deshalb angeordneten Bettruhe war Pat. bei seiner inneren Unruhe gar nicht einverstanden. Gegen Ende der Beobachtung war er zeitweise leicht verstimmt und mürrisch.

Auf Grund des Gutachtens wurde er bei der neuen Verhandlung gemäß § 51 StGB. freigesprochen. Die übrigen Beschwerden wurden niedergeschlagen und Pat. dann zur Entlassung aus dem Heeresdienst in die Heimat überführt.

Etwa $^3/_4$ Jahr scheint es dort leidlich gut gegangen zu sein, oder aber er war mehr oder weniger deprimiert und gehemmt, dann fing er



wieder an zu querulieren und reichte eine lange Beschwerde ein über mich und über die Behandlung in dem Lazarett, was eine nochmalige kurze gutachtliche Äußerung nötig machte. —

Auch in dem nächsten Falle verläuft die Krankheitskurve fast dauernd über der Grenze des Normalen mit einzelnen Zacken oder mit mehreren Umschlägen in tiefe Depression.

Fall 2. Gustav F., Rechtsanwalt, geboren 1. Mai 1876. Die Mutter des Pat. soll ein lebhaftes Temperament gehabt haben, der Vater eine „Kraftnatur" gewesen sein, wie Pat. selbst. Sonst war über erbliche Belastung nichts zu ermitteln. F. war ein guter Schüler, „nicht fleißig, aber das Lernen fiel ihm leicht". Schon in jenen Zeiten war er eine „Kampfnatur", was er einmal mit Karzer büßte. Er war nach seinen eigenen Worten „stets kurz entschlossen, seinem Recht oder seinem vermeintlichen Rechte durch Austeilung von Prügeln Nachdruck zu verleihen", und galt deshalb allgemein als unverträglich. Durch diese Auffassung seiner Persönlichkeit fühlte er sich wieder besonders gekränkt, was neuen Anlaß zu Konflikten gab. Furcht kannte er nicht, und Prügeleien mit bedeutend älteren Schülern waren keine Seltenheiten.

Als Student schildert er sich selbst als „flott und rauflustig", hatte viele Händel, wurde von seiner Korporation deshalb oft gerügt und erhielt schließlich den Rat zum Austritt. Er hatte im ganzen 6mal Säbel und 21mal Schläger gefochten. Natürlich hat er auch in jener Zeit dementsprechend getrunken. Zur Zeit der Beobachtung trank er angeblich fast gar nichts mehr, weil er nichts mehr habe vertragen können.

Neben seiner in jenen Zeiten offenbar chronisch manischen Stimmung hatte er aber auch damals bereits leichtere und kurzdauernde Stimmungsumschläge nach der depressiven Seite hin, meist ausgelöst durch Alkohol.

Als Referendar setzten sich die Konflikte fort, namentlich als er mit seinem krankhaften Gerechtigkeitsfanatismus und seinem rücksichtslosen Temperament in einer persönlichen Angelegenheit sich für einen befreundeten Arzt einsetzte. Die Folge war seine Versetzung. Während des Assessorexamens bekam er dann nochmals Streit mit Studenten, und es kam wieder zu einer Säbelmensur.

Sehr charakteristisch ist nun, was er über sein weiteres Leben berichtete: „Die eigentliche Konfliktzeit begann von dem Tage, an dem ich Rechtsanwalt wurde; der vielen vielen Kleinigkeiten, die mich aber so langsam zermürbten, will ich nicht gedenken. Wohl aber will ich erwähnen, daß ich das Gefühl hatte, man wollte mich klein kriegen, und klein kriegen sollten sie mich nicht, so dachte ich stets. Immer und immer wieder ruhte ich nicht, wenn ich im Recht war, gegen das Unrecht anzukämpfen. Heftige Worte fielen gegen gegnerische Anwälte und Richter, wenn sie Persönliches vom Sachlichen nicht zu trennen wußten." Natürlich zog er sich vor Gericht zahlreiche Ordnungsstrafen zu, an die sich jedesmal ein erbitterter Kampf durch alle Revisionsinstanzen hindurch anschloß. In einem solchen erhielt er aus formalen Gründen Recht, glaubte sich aber dann von dem betreffenden Amtsrichter erst recht schikaniert und gekränkt und geriet wiederum bei jeder Gelegenheit scharf mit ihm aneinander. „Derartige Angriffe regten mich immer fürchterlich auf; als er aber in seiner jüdischen Hartnäckigkeit nicht nachließ, unterließ ich den üblichen



Gruß und bin heute noch nicht mit ihm einig.“ Einen andern Konflikt hatte er mit einem Schöffengerichtsvorsitzenden, mit dem er sich schon als Student nicht vertragen hatte, und von dem er sich ebenfalls „schikaniert“ glaubte. „Ich reagierte im Gerichtssaal ungeheuer.“ Es kam zu immer neuen Ordnungsstrafen und neuen langwierigen Kämpfen um deren Aufhebung. Schließlich kam es zu einer Pistolenforderung seinerseits, und er bekam wegen Herausforderung zum Zweikampf 4 Monate Festung.

Ein andermal kam er in einem Prozeß derart mit dem Rechtsanwalt der Gegenpartei aneinander, daß ein neues Disziplinarverfahren gegen ihn eingeleitet wurde. Nach der Aussage eines Zeugen soll er „wie im Wutausbruch mit donnernder Stimme“ seine schweren Beschuldigungen gegen den Anwalt der Gegenpartei in den Saal geschleudert haben. „Meine ganze Anwaltslaufbahn ist eine Geschichte von Konflikten.“

Natürlich wuchs durch alle diese Vorfälle sein Ruf als Anwalt. „Zu mir kamen viele Klienten, deren Mandat ich heute nach ruhiger Überlegung ablehnen würde, Querulanten, Entmündigte usw., die ihr angebliches Recht mir gegenüber in das rechte Licht zu setzen verstanden. Und ich kämpfte mit ihnen um „ihr Recht“ wie ein Löwe Die Konflikte hörten nicht auf.“

Charakteristisch ist auch, daß er, wie er selbst sagt, sich vollständig mit dem Recht seiner Partei identifizierte und, wie schon oben erwähnt, sich zu einem vollkommenen Gerechtigkeitsfanatiker auswuchs.

Infolge dieser Reibereien wurde er immer nervöser, bekam in Gesellschaft und am Biertisch beständig Streit, wozu auch seine scharf ausgesprochene, ultrakonservative Weltanschauung das ihrige beigetragen haben mag. Er zog sich von allem Verkehr zurück, fühlte sich immer weniger verstanden und vergrub sich immer mehr in seine berufliche Tätigkeit und in seinen „Kampf um's Recht.“

So arbeitete er in seiner krankhaften Unrast jahrelang von früh morgens bis spät in die Nacht hinein.

Allmählich aber kam nach über 20jähriger Dauer dieser chronisch manischen Erregung, deren Beginn wohl schon in die Gymnasialzeit verlegt werden muß, ein Rückschlag in Form einer langsam einsetzenden Melancholie; zunächst verwandelte sich die intrapsychische Erregung in eine auch subjektiv empfundene Hemmung, er fühlte, allmählich erst, dann immer stärker, wie seine geistige Kraft erlahmte, trotzdem arbeitete er mit gesteigerter Willensanstrengung immer weiter. Diese Hemmung wurde allmählich so stark, daß er im weiteren Verlaufe der Erkrankung zeitweise nicht nur nachts, sondern auch tagüber schlafen mußte. Es kam dann weiter auf dem Gebiete des Gefühlslebens zu einer schweren melancholischen Depression. Er fühlte sich „unglücklich“ und „krank an Leib und Seele“, so daß er sich in jener Zeit ernstlich mit Selbstmordgedanken trug. Dazu kam, wie häufig in solchen Fällen, ein Einfluß der nervösen Erkrankung auf den Magendarmkanal mit chronischer Verstopfung, was ihm natürlich zu neuen hypochondrischen, depressiven Ideen Veranlassung gab und ihn in seiner inneren motorischen Unrast von Arzt zu Arzt trieb. Er selbst nennt die zunächst vielleicht übertrieben klingende Zahl von 40 Ärzten; bei dem eben geschilderten Zustandsbild



ist dies jedoch durchaus glaubhaft. Er hatte weiterhin den Gedanken, den man in diesem Zusammenhange wohl als hypochondrische Wahnidee auffassen darf, daß er an Syphilis leide, und unternahm die unsinnigsten Kuren. Während der Beobachtung gab er ruhig zu, daß er zu jener Annahme durchaus keine Veranlassung gehabt habe, und tatsächlich war die *Wassermann*sche Reaktion bei ihm negativ und soll es nach seinen Angaben auch früher stets gewesen sein. Damals jedoch war er, wie einer der ihn seinerzeit behandelnden Ärzte schrieb, „Belehrungen gegenüber fast völlig unzugänglich, da er ausgesprochen in dem Wahne stand, daß diese Syphilis wahrscheinlich bald seinen Tod oder mindestens schwerstes Siechtum bedingen würde."

Dieser soeben geschilderte, vorwiegend depressive Zustand dauerte mit einzelnen Schwankungen von etwa 1912 bis 1914. In jener Zeit geriet er einmal längere Zeit hindurch vollkommen unter den Einfluß einer offenbar ebenfalls schwer psychopathischen Frau, die ihn anscheinend zu einer Reihe von sexuellen Perversitäten veranlaßte, was ihn seelisch immer weiter herunterbrachte. Auch körperlich nahm er natürlich infolge seiner Stuhlbeschwerden stark an Gewicht ab.

Als er dann jenen Arzt konsultierte, tat er es in seinem krankhaften Mißtrauen zunächst unter falschem Namen, da er als Verteidiger in einem kurz vorher stattgefundenen antipsychiatrischen Sensationsprozeß eine schlechte Aufnahme erwartete.

Während der ersten Zeit der damaligen Behandlung scheint es sich um einen allerdings vorwiegend depressiv gefärbten Mischzustand gehandelt zu haben mit krankhafter Reizbarkeit, dabei aber auch mit erleichterter Auslösung von Willenshandlungen und Neigung zu Impulsivitäten, so daß er, wie es in dem erwähnten Gutachten heißt: „nicht einmal in der ärztlichen Sprechstunde imstande war, sich zu beherrschen und zusammenzunehmen". Auch in seinem Denkvermögen scheint eine gewisse manische Ideenflucht bestanden zu haben, denn wie jener Gutachter an gleicher Stelle erwähnt, hat er aus vielen der zahllosen Gespräche und Ausführungen des Kranken das Urteil gewonnen, daß die Fähigkeit, logisch zu denken, krankhaft beeinträchtigt war.

Etwa von Mitte 1914 ab, also etwa nach der Trennung von jener Frau, die einen so großen, unheilvollen Einfluß auf ihn ausgeübt hatte, und die er selbst als „Femina furiosa" bezeichnete, änderte sich nach jenem Gutachten der Zustand immer mehr nach der rein melancholischen Seite hin, und es trat eine ausgesprochen depressive Stimmung mit Neigung zu Selbstanklagen hervor.

Subjektiv scheint aber bald darauf wieder eine gewisse Besserung eingetreten zu sein; er hatte selbst das Empfinden, daß sich seine Nerven etwas beruhigten, und als „Nachkur", gewissermaßen als Luftkurort, wählte er das Militär: er meldete sich als Kriegsfreiwilliger mit dem Gedanken, daß er dann ja aus seinen ganzen äußeren Verhältnissen herauskomme, daß er den ganzen Tag Bewegung an der frischen Luft habe, und er hoffte, daß diese völlige Änderung seines Lebens ihm nur gut tun werde. Seine frühere Erkrankung verschwieg er und trat am 5. 5. 15 als Kriegsfreiwilliger ein. Seine Hoffnung auf Genesung sollte aber schmählich enttäuscht werden. Er war natürlich von seiner Erkrankung nicht geheilt,



sondern befand sich wieder in einem chronisch-manischen, reizbaren Zustande, der mit Naturnotwendigkeit neue Konflikte hervorrufen mußte.

Im Anfang bei dem Rekrutendepot ging noch alles gut. Das Bild änderte sich aber, als er zu einem andern Truppenteil versetzt wurde, wo er zu der rheinisch-westfälischen Industriearbeiterschaft, die den Stamm des Bataillons bildete, sofort in Gegensatz geriet. Dazu kam noch das Unglück, daß er einen später angeblich wegen Geisteskrankheit entlassenen Unteroffizier hatte, mit dem es natürlich sofort Konflikte gab. Wegen seiner beständigen Streitigkeiten wurde er zu einem andern Landsturmbataillon versetzt, aber auch hier folgte Konflikt auf Konflikt. Mit seinem hochgespannten Selbstbewußtsein machte er sich natürlich sofort bei seinen sämtlichen Kameraden und bei jedem Vorgesetzten im höchsten Grade unbeliebt. Er seinerseits fühlte sich wiederum von allen schikaniert, glaubte, man wolle ihm seine Bildung und seine gehobene soziale Stellung entgelten lassen, und wurde erst recht reizbar und streitsüchtig. Dazu kam, daß sich unter den Mannschaften zahlreiche politisch ganz links stehende Elemente befanden, mit denen er mit seiner konservativen Weltanschauung arg aneinander geriet, namentlich wenn er in seiner selbstbewußten Weise erzieherisch auf sie einzuwirken versuchte. Dazu kam weiterhin sein ausgesprochener Gerechtigkeitssinn, der es ihm unmöglich machte, vielen kleinen Unregelmäßigkeiten gegenüber zu schweigen, die er zu sehen bekam, und durch seine Meldungen erregte er natürlich noch mehr Haß. Durch alle diese Konflikte regte er sich stets außerordentlich auf, so daß er oft tagelang nicht schlafen und keinen Dienst tun konnte. Infolge all dieser Erregungen und Streitigkeiten verschlimmerte sich sein Zustand derartig, daß er ins Lazarett nach E. kam, wo im wesentlichen seine wieder stärker hervorgetretene Darmerkrankung behandelt wurde. Im Anschluß daran kam er dann als g. v. nach Brüssel zum Hafenamt, und dort traf er ebenfalls wieder Kameraden, „die ebenso wie die andern kein Verständnis für die Größe der Zeit hatten, auf Gott und alle Welt schimpften und das Unglaublichste von Offizieren zu berichten wußten." „Ich hielt ihnen Widerpart, mir wurde fast täglich in verschiedenen Tonarten gesagt, ich hätte kein Verständnis für den Arbeiter, dem es gleich sein könne, ob er englisch oder deutsch sei, bezahlen müsse er doch" usw.

In seinem Gerechtigkeitsgefühl suchte er nun nach einer Erklärung für derartige, ihm vollkommen unfaßbare Äußerungen, und glaubte diese auf falsche Behandlung durch Vorgesetzte zurückführen zu müssen. Auch hier mischte er sich in seinem weltverbessernden Idealismus ein und kam so in Gegensatz zu dem Feldwebel. Über einen Hund, der angeblich die Küche verunreinigte, und über sexuelle Exzesse von Kameraden, die er mißbilligte, geriet er außer mit dem Feldwebel noch mit einem andern Unteroffizier aneinander usw. Eine andere Angelegenheit wegen Achtungsverletzung gegen einen weiteren Unteroffizier schwebte damals ebenfalls noch.

In einem solchen Streite ließ er sich nun auch einmal hinreißen, einen Kameraden zu ohrfeigen. Ein andermal vergaß er sich sogar so weit, daß er an dem Verkaufsstand einer Belgierin, mit der er scherzte, und wo tatsächlich ein sehr freier Ton geherrscht zu haben scheint, plötzlich eines der hin- und herfliegenden Scherzworte ernst nahm und ihr ebenfalls



eine Ohrfeige versetzte. Nicht nur in dem Augenblick, sondern auch später kam ihm nie auch nur im geringsten zum Bewußtsein, daß er selbst eigentlich zuerst in beiden Fällen die stärkeren Schimpfworte gebraucht hatte.

Von einem Vorgesetzten, einem israelitischen Offiziersstellvertreter, zur Rede gestellt, erwiderte er, er könne sein Verhalten nur mit der „germanischen", in seinen Gesellschaftskreisen allgemein geübten Gepflogenheit, sich selbst alsbald Genugtuung für eine Beleidigung zu verschaffen, begründen, worauf von dem Vorgesetzten Strafantrag wegen Beleidigung gestellt wurde, während er selbst Beschwerde gegen diesen wegen des dabei gefallenen Wortes „Pfui" erhob.

Während der Beobachtung auf der Abteilung war Pat. schon wieder etwas ruhiger geworden, gab seine Gewalttätigkeiten ohne weiteres als Ausfluß seines krankhaften Temperaments zu, ebenso daß er nur diesem Vorgesetzten gegenüber nicht habe zugestehen wollen, daß er im Unrecht gewesen sei. Den in dem ganzen Zusammenhange natürlich als Beleidigung aufgefaßten Ausdruck suchte er in formal-juristischer und spitzfindiger Weise abzuschwächen und verfaßte zu seiner Verteidigung eine umfangreiche Denkschrift über die historische Entwicklung des Duellbegriffs. Schließlich stellte er sich auf den Standpunkt, man müsse es ihm nachweisen, daß er eine beleidigende Absicht gehabt habe.

Im übrigen war er während der ganzen Zeit der Beobachtung die typische chronische Hypomanie: äußerlich zwar ganz geordnet, nahm sich offenbar mit Gewalt zusammen, um nicht als geisteskrank erklärt zu werden; nichtsdestoweniger fing er sofort aber auch hier an zu querulieren, beschwerte sich über die Briefkontrolle, so daß Beschlagnahmung seiner Post verfügt werden mußte, und erörterte bei jeder Visite dem Arzt gegenüber seinen Standpunkt haarklein in kaum zurückzudämmender Gesprächigkeit. Im übrigen war er in ziemlich gehobener Stimmung, selbstbewußt, siegesbewußt und felsenfest von seiner Unschuld und seinem guten Rechte überzeugt; er renommierte und flunkerte seinen Kameraden gegenüber und behauptete u. a., daß er Führer eines Sturmtrupps gewesen sei. Ebenso charakteristisch für seine stets über das Ziel hinausschießende Impulsivität ist vielleicht folgender kleine Einzelzug: er ließ sich das Haar kurz schneiden, $^1/_2$ mm schien ihm noch nicht kurz genug, und er war drauf und dran, sich deshalb den Kopf rasieren zu lassen.

Im übrigen war er außerordentlich redselig, vielgeschäftig und beherrschte gewissermaßen die ganze Abteilung. Allmählich besserte sich die Erregung immer mehr, er gab, wie erwähnt, seine Unüberlegtheit ruhig zu, „das Temperament geht eben immer mit mir durch, das ist die ganze Geschichte". Zuweilen schlug seine Stimmung sogar in eine leichte Depression um, er war im Vergleich zu seinem sonstigen Verhalten auffallend still, in sich gekehrt und zurückgezogen, doch bald war er wieder ganz der alte. Für seine Vergehen konnten ihm mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit die Voraussetzungen des § 51 StGB. zugebilligt werden. Was seine Militärdienstfähigkeit betraf, so war dies gewissermaßen ein Schulfall solcher Naturen, für die ich im Sommer 1915 in einem Vortrag in der „Brüsseler Militärärztlichen Gesellschaft" die Bezeichnung geprägt habe: ‚Felddienstfähig, aber nicht garnisondienstfähig", eine Bezeichnung, die

dann *Weygandt*[1]) später unter Hinweis auf mich wiederholte, und die unabhängig davon zu anderer Zeit auch von *Stransky*, wenn auch mit weiterer Umgrenzung, gebraucht worden war. Ich empfahl in diesem Falle, dem dringenden Wunsche des Pat. um Versetzung zur kämpfenden Truppe stattzugeben, was dann auch geschah. Was weiter aus ihm geworden ist, ist mir leider, wie bei den meisten Fällen, nicht bekannt. —

Auch der nächste Fall scheint sich dauernd über der Grenze des Normalen bewegt zu haben. Leider ist es mir aus äußeren Gründen nicht möglich gewesen, hier die wahrscheinlich ebenfalls sehr umfangreichen Gerichtsakten einzufordern; doch dürfte die Schilderung des Pat. mit ihren Einzelheiten im wesentlichen wohl glaubwürdig sein. Der Fall selbst war bereits ganz kurz als Fall 21 einer früheren Arbeit von mir veröffentlicht worden[2]). doch rechtfertigt er wohl eine etwas ausführlichere Schilderung.

Fall 3. Karl R., geb. am 23. III. 77 zu B. Nach seiner Angabe war sein Vater sehr aufgeregt und außerordentlich starrsinnig; der Großvater mütterlicherseits war heiteren Temperaments, hat in seiner Jugend viel getrunken und hat seinen ganzen väterlichen Hof vertan. Im späteren Leben war er sehr still. Sonst war über erbliche Belastung nichts zu ermitteln.

Pat. selbst war ein frühreifes Kind. Mit 5 Jahren konnte er schon große Gedichte auswendig; als er zur Schule kam, konnte er bereits lesen, schreiben und rechnen. In der Schule hat er spielend gelernt, war einer der Besten, kam aufs Realgymnasium und hat dort mittels Privatstunden die Quinta übersprungen. Er war ein wilder Junge, „ein toller Strick", der beste Turner, hat alles mitgemacht, viele dumme Streiche geliefert, hat sich aber nie erwischen lassen. Er sollte katholische Theologie studieren, fühlte aber wohl mit Recht, daß er zu diesem Berufe nicht ganz paßte, und sträubte sich mit Händen und Füßen. Er wollte Jurist werden. Sein Vater, der einen ähnlichen Charakter gehabt zu haben scheint wie er, und dessen Starrsinn bereits erwähnt wurde, nahm ihn aus der Schule und steckte ihn in sein Geschäft, in die Bäckerei- und Konditoreilehre. Das paßte ihm nur wenig. Er wollte sich selbst fortbilden und arbeitete ganze Nächte hindurch.

Erwähnt sei hier noch, daß er sich in jener Zeit auch bei Pferderennen beteiligte und dabei einmal einen Sturz und eine Gehirnerschütterung mit längerer Bewußtlosigkeit davontrug.

Mit 18 Jahren wurde er wegen Sittlichkeitsverbrechens an kleinen Kindern zu 2 Jahren und dann nochmals zu 6 Monaten Gefängnis verurteilt. Er selbst stellte das Ganze dar als Racheakt der Eltern jener Kinder gegen seinen Vater, weil dieser den Betreffenden die Wohnung gekündigt hatte. Er hat später angeblich öfter versucht, ein Wiederaufnahmeverfahren zu erreichen, jedoch ohne Erfolg. Er erzählte in seiner temperamentvollen Gesprächigkeit einen ganzen Roman über diese Vorfälle,

---

[1]) „Psychiatrische Aufgaben nach dem Kriege". Jahreskurse für ärztl. Fortbildung 1916, S. 35 bzw. 47.

[2]) „Die klinische Stellung des manisch-depressiven Irreseins", I. Z. f. d. g. N. u. Ps. 56, S. 12.



der Stoff zu einem Kinodrama geben könnte: Die Mutter eines der Kinder habe schließlich auf ihrem Sterbebette noch nach ihm geschrien, um ihn um Verzeihung zu bitten, usw. Es bleibe dahingestellt, was an diesen Angaben richtig ist.

Jedenfalls kam er dadurch im Streit mit seinem Vater auseinander und war nach Verbüßung dieser Strafen Zigaretten- und Weinreisender, eine Tätigkeit, die seinem unruhigen Geiste offenbar recht zusagte. „Ich bin eben ein unruhiges Blut, ich muß reisen, die sitzende Lebensweise ist nichts für mich!" Er arbeitete wohl mit unermüdlichem Fleiß, und es ging wirtschaftlich vorwärts mit ihm. Er war auch entsprechend seinem Tätigkeitsdrang politisch sehr rege, ein eifriges Mitglied der sozialdemokratischen Partei, großer Agitator und Redner, und spielte eine bedeutende Rolle bei den Reichstagswahlen. Dann kam im Jahre 1904 eine Anklage wegen versuchter Notzucht und seine Verurteilung zu 4 Jahren Zuchthaus. Er selbst behauptet wiederum, die Anzeige sei ein Racheakt, weil er die Betreffende wegen Diebstahls aus seinem Geschäfte gejagt habe. Das Mädchen habe schon vorher öffentlich Unzucht getrieben, und er erbrachte auch tatsächlich später den Beweis dafür, so daß er nach Verbüßung seiner Strafe im Wiederaufnahmeverfahren freigesprochen wurde. Er selbst war damals aber zunächst, seiner Schilderung nach, über den ganzen Vorfall, über die seiner Ansicht nach zu Unrecht erfolgte Verhaftung und Beschuldigung derart aufgeregt, daß er in der ersten Wut auf sämtliche Beweismittel verzichtete, angeblich in der Erwartung, daß jenes Mädchen nicht wagen werde, ihre Aussage zu beschwören. Dann kam es aber bei der Verhandlung zu gewaltigen Affektausbrüchen und zu großen Szenen: „Ich bin beinahe über die Balustrade gesprungen und hätte das Weib beim Halse gekriegt!" „Dann habe ich den Staatsanwalt und den Vorsitzenden in längerer Rede furchtbar angegriffen, habe mit der Presse gedroht und habe ihnen von der Anklagebank aus Rache geschworen: „Entweder Recht oder Rache!" habe ich gerufen! Man sagte mir später, man habe noch nie so eine aufgeregte Gerichtssitzung gesehen!"

Unter Berücksichtigung seines Verhaltens, seiner Vorstrafen und, wie er meint, auch seiner Tätigkeit als sozialdemokratischer Agitator, erhielt er dann die verhältnismäßig hohe Strafe von 4 Jahren Zuchthaus und 10 Jahren Ehrverlust. „Mir war, als ob mir das Herz zerspränge, ich bin 3 Tage wie verrückt in der Zelle herumgelaufen und habe nichts mehr gegessen!"

Daß er nach dem Gesagten als höchst gefährlicher Mensch imponieren mußte, war klar, und so wurde er schwer gefesselt durch ganz Deutschland nach einer im Osten gelegenen kleinen Festung transportiert, wo er seine Strafe verbüßte. In der ersten Zeit hatte er es dort ganz gut. Bald aber kam es auch da zu Konflikten, weil er allerhand Unregelmäßigkeiten zu sehen glaubte und sich zum Beschützer und Rechtsanwalt der übrigen Sträflinge aufwarf: Dutzende von Beschwerden habe er geschrieben, nicht nur für sich, sondern auch für andere. „Ich habe stets für andere den Kopf ins Loch gehalten! Die haben oft direkt dem Direktor gedroht: Das sagen wir dem R.!" „Die Gefangenen haben auf dem Hofe vor mir die Mütze gezogen, trotzdem es ihnen verboten war, und schließlich mußte ich allein unter scharfer Bewachung spazieren gehen. Für jede

Beschwerde bekam ich Arrest, aber ich habe nicht nachgelassen! Ich habe die Hälfte der ganzen Zeit sicher in Dunkelarrest und bei Wasser und Brot gesessen, aber ich habe viel Gutes gewirkt, oft haben meine Beschwerden genützt. Unter dem Personal war eine Menge von Spitzbuben, ich habe eine Masse von Unregelmäßigkeiten aufgedeckt! Dem Direktor habe ich natürlich beständig den Gruß verweigert, weil er mich fortgesetzt seelisch mißhandelt hat! Einmal brach ein alter, armer Mann, der schon 55 Jahre im Zuchthaus saß, ohnmächtig im Hofe zusammen; da nahm ich den Kranken auf den Arm und habe ihn dem Direktor auf den Konferenztisch gelegt" usw.

Selbstverständlich ging er auch ständig gegen seine Verurteilung an. Zahlreiche Male stellte er den Antrag auf Wiederaufnahme des Verfahrens, auf Anklage wegen Meineids gegen die Hauptbelastungszeugin, selbstverständlich korrespondierte er auch fortgesetzt unerlaubterweise mit der Außenwelt.

Kaum aus dem Zuchthaus entlassen, betrieb er wieder seine Rehabilitierung; er begab sich sofort zu dem damaligen Vorsitzenden des Gerichts: „Herr Präsident, hier ist der Mann, den Sie wegen Notzuchtversuchs an einer öffentlichen Dirne ins Zuchthaus geschickt haben", worauf jener sofort ins Nebenzimmer retirierte, „da er ein Attentat zu befürchten schien."

Inzwischen hatte er tatsächlich, namentlich durch die rührige Mithilfe seiner Schwester, eine Reihe von Zeugen beigebracht, die schon früher mit jenem Mädchen verkehrt hatten, er behauptet, 64 an der Zahl, und so wurde er im Jahre 1908 im Wiederaufnahmeverfahren freigesprochen. Er ließ sich der Sicherheit halber von sämtlichen Geschworenen nochmals schriftlich geben, daß sie ihn nicht wegen Mangels an Beweisen freigesprochen hätten, sondern weil sie von seiner Unschuld überzeugt gewesen seien. Bescheiden, wie er war, verlangte er 120 000 M. Entschädigung für unschuldig erlittene Strafe. Dies wurde ihm aber abgeschlagen, weil er bei der ersten Verhandlung diese Beweise schon hätte erbringen können und durch eigene Schuld auf jedes Beweismaterial verzichtet habe. „Ich war eben zu aufgeregt gewesen damals!" Diese Klage schwebte angeblich immer noch.

In der Folgezeit war es ihm sehr schwer, wieder in die Höhe zu kommen. Er kämpfte natürlich überall mit den Vorurteilen und focht etwa ein halbes Dutzend Beleidigungsklagen durch, weil man ihm seine Zuchthausstrafe vorgehalten hatte. Schließlich warf er sich aufs Erfinden, gründete sich erst ein Fahrradgeschäft, dann eine kleine Fahrradfabrik, erwarb selbst Patente auf eigene Erfindungen oder arbeitete Erfindungen für andere aus. Dabei gibt er zu, daß er auch Vergnügungen nicht abhold war, er musizierte und dichtete auch selbst.

Zur Bezahlung seines Anwalts im Wiederaufnahmeverfahren hatte ihm seine spätere Frau, die damals als Verkäuferin bei ihm angestellt war, Geld vorgestreckt. Er fing dann mit ihr ein Verhältnis an und hat sie kurz vor dem Kriege, wie er sagt, „mehr aus Dankbarkeit" geheiratet. Seine Bestrafung wegen Unterschlagung im Jahre 1913 will er für sie erlitten haben, die eigentlich das Vergehen begangen habe. Zur Zeit der Beobachtung lag er mit ihr in Ehescheidungsklage, angeblich wegen



Untreue der Frau; von der Gegenseite aber wurde geltend gemacht, er habe schon längst davon gewußt und habe sich vor seiner Verheiratung von der Unzucht seiner Frau finanziell unterstützen lassen. Er selbst wieder behauptete, diese Aussagen der betreffenden Nachbarin seien von seiner Frau erpreßt, weil sie selbst von einem Ehebruch jener andern wisse, ja ihn begünstigt habe usw.

Was von allen diesen und zahlreichen andern übel duftenden Behauptungen beider Parteien richtig ist, bleibe wiederum dahingestellt.

Bei Kriegsausbruch wurde er eingezogen und kam angeblich schon 14 Tage später ins Feld, trotzdem er früher nie gedient hatte. Nach seiner Behauptung war er bei seiner Batterie am Anfang sehr beliebt. Er sei von seinem Batterieführer seinen Kameraden als Vorbild hingestellt worden. „Feigheit usw. kenne ich nicht" Er machte zahlreiche Gefechte mit. Als 40jähriger von der Front zurückgezogen, verlegte er sich wieder auf Erfindungen, erfand einen neuen Schallaparat für das Feldtelephon, arbeitete in der Reparaturwerkstatt für Optik usw. „Aber ich kam nicht hoch, das Zuchthaus ist wie eine Kette durch mein ganzes Leben hinter mir her gerasselt! Denn wer mich kennt und kennt meinen Charakter, der kann nicht schlecht über mich urteilen!"

Daß bei seinem gesteigerten Selbstbewußtsein es ihn natürlich maßlos kränkte, daß er das E. K. II noch nicht hatte, ist klar. Und so kam es zu fortgesetztem Querulieren, zu Beschwerden und angeblich auch zu einer Strafe wegen Majestätsbeleidigung: „Ich habe nur gesagt, wenn Seine Majestät die Schreiber gekannt hätte, die hier hinter der Front das E. K. bekamen, und wenn er mich gekannt hätte, und hätte es dann denen gegeben, dann müßte seine Majestät sich schämen!"

Als er diese Strafe verbüßen sollte, drohte er angeblich mit Veröffentlichung der Sache in der sozialdemokratischen Presse. Seiner Behauptung nach wurde die Strafe deshalb nicht vollstreckt; wahrscheinlich ist sie unter einen Amnestieerlaß gefallen, doch ging hierüber nichts aus den Akten hervor.

In dieser Weise hat er anscheinend bei jedem Truppenteil herumkrakehlt, und vermutlich war schließlich jede Formation froh, wenn sie ihn unter irgendeinem Vorwand abschieben konnte.

So kam es auch einmal zu einer Urlaubsüberschreitung. Er hatte vorschriftwidrig bei der Rückkehr aus der Heimat den letzten nur möglichen Zug genommen; dieser hatte, wie üblich, große Verspätung, Pat. erreichte den Anschluß nicht und kam natürlich zu spät. Er behauptete aber naiv: unter Berücksichtigung dieser 16stündigen Verspätung sei er „eigentlich" noch 5 Stunden zu früh vom Urlaub zurückgekommen. Besonders große Entrüstung erregte es bei ihm, daß, wie er behauptete, man seither in solchen Dingen immer ein Auge zugedrückt habe und nun gerade bei ihm ein Exempel statuieren wolle. Jedenfalls bekam er 3 Tage Mittelarrest. Selbstverständlich beschwerte er sich, und ebenfalls selbstverständlich ist es, daß er bei seinem Temperament den vorgeschriebenen Beschwerdeweg nicht einhielt, und daß die Beschwerde in ganz ungehörigem und unmilitärischem Tone abgefaßt war. Er selbst meinte allerdings, sie sei im Vergleich zu seiner Entrüstung immerhin noch „sehr höflich" gehalten gewesen. Das Resultat war nochmals 3 Tage Mittelarrest.

Bei Verbüßung einer dieser Strafen geriet er nun in eine derartige Wut, daß er sich nicht mehr halten konnte. „Wenn ich nicht an die Luft gekommen wäre, hätte ich die ganze Zelle demoliert! Ich mußte hinaus!" Und da sich gerade eine Gelegenheit bot, kletterte er bei dem offenstehenden Fenster hinaus und lief 2 Stunden in der Dunkelheit umher, bis sich seine Aufregung gelegt hatte. Dann kehrte er freiwillig wieder in seine Zelle zurück, und gerade, als er wieder durchs Fenster stieg, wurde er festgenommen, weil zufällig ein patrouillierender Posten vorbeikam. Wegen dieser unerlaubten Selbstbefreiung wurde ein neues Verfahren eingeleitet, das ihn zur Beobachtung auf meine Abteilung brachte.

Auch ihm wurde für dieses letzte Vergehen, das doch nur der Ausdruck seiner krankhaften inneren Unruhe war, mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit der Schutz des § 51 zugebilligt und er, wie der Pat. im vorhergehenden Falle, auch als „k. v., doch nicht „g. v." bezeichnet. —

Auch in dem nächsten Falle standen leider keine Akten über die Vorgeschichte zur Verfügung, doch hatte Pat. die nachfolgenden Angaben über die Anamnese alle gemacht, bevor die Angelegenheit spielte, die seine Begutachtung herbeiführte; er hatte mich damals wegen eines Depressionszustandes konsultiert. Außerdem konnten zahlreiche seiner Angaben von anderer Seite bestätigt werden, so daß wohl auch die übrigen als glaubwürdig angesehen werden dürfen, ganz abgesehen davon, daß sie es auch der ganzen Sachlage nach tatsächlich zu sein scheinen, und schließlich erklärte er mir später, als die Untersuchung gegen ihn schwebte, er „finde mein psychiatrisches Verfahren, durch freundliche Fragen ihm die Seele aus dem Leibe zu quetschen, sehr erschöpfend für ihn", er hatte also offenbar doch die Empfindung, daß er mir von seinem Standpunkt aus viel zu ehrlich und zu ausführlich über seine Vorgeschichte erzählt habe. Auch dieser Fall war schon wie der vorige kurz veröffentlicht worden [1]).

Fall 4. Dr. X. Geboren 1. III. 77 zu A.

Über erbliche Belastung war von ihm nicht viel zu erfahren, immerhin scheint sein Vater keine ganz alltägliche Natur gewesen zu sein, Reichstagsabgeordneter und Vorsitzender des Parlamentes seines Heimatstaates, „hörte sich gern reden, war sehr von seiner Tüchtigkeit überzeugt und galt auch allgemein für sehr befähigt." Er war offenbar eine Herrennatur, etwa ebenfalls zu den chronisch-manisch veranlagten Menschen zu rechnen, doch zu denjenigen, deren Charakterentwicklung noch innerhalb der Grenzen des Normalen verläuft. Er starb an einem Schlaganfall.

Die Mutter des Pat. lebte damals noch, sie soll im Charakter ähnlich wie der Vater gewesen sein, nur scheint sie zuweilen auch leichte, depressive Stimmungsschwankungen gehabt und soll sich dann tagelang zu Bett gelegt haben.

Sich selbst schilderte Pat. schon immer als „Draufgänger". In der Schule lernte er spielend, ebenso auch auf der Universität. Maturum, Physicum und Staatsexamen habe er mit Note I bestanden, „aus dem Handgelenk geschüttelt", und erst als Universitätsassistent habe er überhaupt arbeiten gelernt. Später habe er sich bereits nach ganz kurzer

[1]) Dort als Fall 23, S. 42.



Assistentenzeit habilitieren können, und auch sein Chefarzt im Kriegslazarett rühmte seine vorzüglichen ärztlichen Leistungen.

In bewußter Opposition zu seinem Vater, der nur auf Ausbildung des Geistes Wert legte, trieb Pat. von Jugend auf jeden nur möglichen Sport, wobei er natürlich die Gefahren geradezu herausforderte. Nach seiner Angabe hat er dabei im Laufe seines Lebens 16 bis 18 schwerere Unfälle erlitten mit zahlreichen Knochenbrüchen. Schon als Quartaner hat er beim Sturz vom Reck den Arm gebrochen, hat das verheimlicht, sich selbst kuriert, und erst später wurde im Röntgenbilde der alte Bruch festgestellt. Er war angeblich einer der ersten Skifahrer in Deutschland und einer der ersten, der auf Schneeschuhen im Gebirge Hochtouren unternahm. Dabei erlitt er im Jahre 1897 bei einem Absturz eine schwere Gehirnerschütterung. Ein andermal geriet er beim Eissegeln unter das Eis der Ostsee. Wieder ein anderes Mal erlitt er beim Freiballonfahren einen Absturz mit Gehirnerschütterung, Brüchen einiger Dornfortsätze und Bögen der Wirbelsäule, Talusbruch und verschiedenen Rippenbrüchen, von seinen bei den übrigen Stürzen davongetragenen Arm-, Schlüsselbein-, Kniescheibenbrüchen und Gelenkergüssen ganz zu schweigen. Dabei hat er angeblich das erste deutsche Skirennen gewonnen mit einem noch im Verband liegenden Kniegelenkerguß, hat einmal mit einem Schlüsselbeinbruch die Meisterschaft im Eislaufen erstritten, gewann angeblich im Freiballonfahren den Weltrekord für Fernzielfahrt usw.

Als Student bezog er nicht weniger als 5 Universitäten und hat auf Wunsch des Vaters erst Jura, dann wiederum in Opposition zu ihm Medizin studiert. Getrunken hat er angeblich nicht viel, bzw. nur vorübergehend; ein wesentlicher Faktor ist der Alkohol in seinem Leben wahrscheinlich nicht gewesen.

Im Jahre 1903 habilitierte er sich nach nur 2jähriger Assistentenzeit. Er meinte stolz, so etwas sei bei diesem Chef früher noch nie der Fall gewesen, er müsse ihm wohl mehr als alle andern imponiert haben. Er behauptet ferner, sein damaliger Chef sei ein höchst bedenklicher Charakter gewesen, und tatsächlich wurde der Betreffende auch später wegen verschiedener, recht unangenehmer Dinge gerichtlich belangt. Der ganzen Schilderung nach scheint jener Vorgesetzte in seinem Wesen sehr viel Ähnlichkeit mit Pat. selbst gehabt zu haben. Er schildert ihn offenbar recht zutreffend: „mit 28 Jahren schon Ordinarius, Cäsarenwahn, große Erfolge in seinem Liebesleben, viel Geld verdiente er auch; er konnte es aber nicht vertragen, wenn jemand ihn durchschaute und dann nichts mehr von ihm wissen wollte." Offenbar war diese Ähnlichkeit des Charakters das, was den Assistenten seinem Chef zunächst sympathisch machte, dann aber, als sie sich gegenseitig erkannt hatten, stießen sich diese so gleichartigen Pole ab. Es kam offenbar zu recht unerquicklichen Szenen, und als der Professor einen Ruf an eine andere Universität erhielt, nahm er seinen Assistenten nicht mit. Der neue Herr brachte aber, wie oft in solchen Fällen üblich, seine eigenen Leute mit, und so war Pat. kaltgestellt. Er versuchte es mit einer eigenen Privatpraxis, doch ohne rechten Erfolg, es kam zu einem immer gespannteren Verhältnis zur ganzen Fakultät; den Professorentitel, auf den er sicher gerechnet, erhielt er nicht, schließlich zog er nach Berlin, und als eine Verfügung kam, daß



Privatdozenten ihren Wohnsitz am Orte der Universität haben müßten, legte er seine Venia legendi freiwillig nieder; so wenigstens schilderte er selbst die Vorgänge. Bei einer der früheren Untersuchungen hatte er jedoch Andeutungen gemacht, als ob auch noch andere Momente hier mitgespielt hätten, insbesondere als ob sein stark hypertrophiertes Sexualleben ihn dort mißliebig gemacht habe; er deutete etwas von einem Mädchen aus guter Familie an, das ein uneheliches Kind von ihm bekommen habe, was natürlich den dortigen Philistern ein Graus gewesen sei [1]) usw. Später wollte Pat. von alledem nichts mehr wissen und stellte es als ein Mißverständnis hin. Als sicher anzunehmen ist jedenfalls, daß er durch sein ganzes Wesen nicht nur seine direkten Vorgesetzten, sondern auch wahrscheinlich manche andere maßgebende Persönlichkeiten vor den Kopf gestoßen und sich so völlig unmöglich gemacht hat.

Sein Bruder, der als Offizier im Felde stand, schrieb auf eine diesbezügliche Anfrage: „Meines Erachtens ist er ein überaus begabter, man möchte fast sagen genial veranlagter Mensch, der aber, wie es scheint, auch alle Fehler des Genies mit erhalten hat. Er hat Schule und Universität spielend und glänzend erledigt. Sein wissenschaftliches Können als Arzt soll bedeutend sein. Seitdem er aber selbständig im Leben steht, hat er nirgends Fuß fassen können. Eine Affaire nach der andern brachte ihn in Konflikte mit Vorgesetzten und Kameraden oder der Gesellschaft". Ebenso bestätigte der Bruder an anderer Stelle die schwere Rückgratverletzung bei einem Ballonabsturz u. a. m.

Im allgemeinen war Pat. aber während dieser ganzen Zeit stets vergnügter Stimmung, froh und lustig, hat viel gesungen beim Wandern und bei der Arbeit, war sportschriftstellerisch tätig usw. Dazwischen kam es aber doch zuweilen zu kürzeren Depressionszuständen. Schon als Gymnasiast hatte er einigemal derartige leichte Stimmungsschwankungen, meist im Anschluß an eine unglückliche Liebe. Nähere Angaben waren hierüber nicht zu erhalten, es scheint sich auch nicht um ernstere Störungen gehandelt zu haben.

Als Student litt er dann wieder einmal einige Zeit an Magen- und Darmbeschwerden, er selbst nennt es „eine Art traumatischer Neurose", ausgelöst durch eine „akute Alkoholintoxikation". Der eine Arzt habe eine Herzmuskelerkrankung, der andere eine Darmerkrankung festgestellt, so recht habe keiner gewußt, was es nun eigentlich sei. Dem ganzen übrigen Zustandsbilde nach wird man wohl nicht fehlgehen, wenn man diese Herz- und Darmbeschwerden als nervös auffaßt oder, exakter ausgedrückt, als Begleiterscheinungen einer depressiven Verstimmung.

Während seiner Assistentenzeit kam es dann zu einer typischen, schweren Depression, wie er meint, ausgelöst durch die fortgesetzten Schikanen seines Chefs. Er habe sich lange Zeit erfolgreich jenem gegenüber zusammengenommen, fürchtete aber schließlich, er könne sich nicht mehr beherrschen und werde ihm eines Tages einmal „ein paar hinter die

[1]) Nach privater Mitteilung von dritter Seite hat sich dieser Vorgang oder ein ähnlicher, bei dem das Mädchen sogar Selbstmord begangen haben soll, in einer andern Universitätsstadt abgespielt, wo Pat. später nochmals, allerdings vergeblich, versuchte, sich zu habilitieren.



Löffel schlagen". Es war also keine reine Depression mit innerer Hemmung, sondern ein depressiver Mischzustand mit reizbarer Mißstimmung, die eben durch das unverändert weiterbestehende stark gehobene Selbstbewußtsein seine eigenartige Färbung erhielt. Er war dann mehrere Monate in Urlaub und erholte sich rasch. Es ist durchaus möglich, daß unerquickliche äußere Verhältnisse als auslösende Ursache hier eine Rolle spielten, jedoch ist die Reaktion darauf selbstverständlich krankhaft, ebenso wie er natürlich nicht einzusehen vermochte, daß er wahrscheinlich zu der Entstehung dieser unangenehmen Situation das seine beigetragen hat.

Nach seiner Übersiedlung nach Berlin trieb er Privatpraxis, die angeblich ganz gut ging. Im Jahre 1910 heiratete er, wurde aber nach einem halben Jahre bereits wieder geschieden, seiner Behauptung nach wegen Schuld der Frau. Er behauptet weiterhin, das Töchterchen aus dieser Ehe sei zwar ihm zugesprochen, er habe jedoch widerruflich es zur Erziehung der Mutter anvertraut. Ob diese Angaben richtig sind, bleibe dahingestellt.

Sehr charakteristisch für seine innere Unruhe, seinen maßlosen Ehrgeiz und sein außerordentliches Selbstgefühl sind die zahlreichen Versuche, die er bei Kriegsausbruch machte, um irgendwie in einer ganz besonderen Stellung Verwendung zu finden. Er hatte dies in der Anlage seiner gleich zu erwähnenden Beschwerde sehr ausführlich geschildert, wie überhaupt dieses ganze Schriftstück eigentlich schon die Diagnose stellen ließ. Äußerst charakteristisch war dabei vor allem seine Stellung zu dem Plan eines Freiballonangriffs auf London, den er zwar selbst für phantastisch und aussichtslos hielt, den er aber doch als erster unternehmen wollte, da er überzeugt war, daß er, wenn überhaupt, dann jedenfalls eher ihm als irgendeinem andern gelingen würde.

Dazu kommen seine übrigen Bemühungen als Freiballonführer oder Ballonführer bei dem „Abendkurs" für das Marine-Fliegerkorps, sein Angebot als Kraftfahrer, seine Meldung in türkische Dienste usw.; seine Erfindung einer mit Kraftwagen ausgerüsteten Operations- und Untersuchungsabteilung seines Spezialgebietes, eine Erfindung, die an sich vielleicht gar nicht einmal so übel gewesen sein mag, sei weiterhin erwähnt, ebenso der Leichtsinn, der ihn bereits am 5. Tage nach einer Blinddarmoperation gegen den Willen des Arztes die Klinik verlassen ließ, und der gleichfalls offenbar der Ausfluß einer inneren krankhaften Unruhe war. Auch der phantastische Plan, vermittelst eines Freiballons über das Rote Meer nach Abessinien zu fliegen, um dort politisch-agitatorisch tätig zu sein, gehört in das gleiche Gebiet.

Endlich gelang es ihm, als Bataillonsarzt zur Front zu kommen, und in jener Zeit war er offenbar in einem ausgesprochen hypomanischen Erregungszustand: er konnte sich nicht genug tun im Aufsuchen jeder Gefahr, im Photographieren außerhalb des Grabens, er betrieb alles mögliche, was gar nicht zu seiner Aufgabe gehörte, lernte den „ganzen Infanteriedienst (Schießen, Maschinengewehrschießen, Handgranatenwerfen, Bedienung von Minen- und Granatwerfern usw.)", wie er mit dem entsprechenden Selbstbewußtsein erzählte; er schrieb „jubelnde Briefe" nach Hause usw.

Durch 2 Stürze im Graben verschlimmerte sich sein Fußleiden



derartig, daß er zurückgesandt und, da sich dann wieder sein Magen- und Darmleiden einstellte, zunächst aus dem Heeresdienste entlassen wurde. Ob die ganzen Vorfälle, wie er sie in etwas querulatorischer Weise überausführlich darlegte, sich wirklich so abgespielt haben, bleibe wiederum dahingestellt und ist letzten Endes auch gleichgültig. Seine Darmerkrankung sei als Enteritis membranacea bezeichnet worden, also auch als ein nervöses Leiden; eine gewisse Depression gab er für die damalige Zeit halb und halb gleichfalls zu, wenn er sie auch wiederum als Folge der äußeren Umstände auffaßte, als Schmerz darüber, daß er nicht weiter Dienst tun konnte, daß er das E. K. noch nicht erhalten habe usw.

Kaum aber notdürftig erholt, meldete er sich schon wieder ins Feld, wurde aber seines Fußes wegen als nur „g. v.“ bezeichnet und kam zur Kriegslazarett-Abteilung Y.

Hier fühlte er sich nun bald zurückgesetzt und schikaniert. Es kam zu beständigen leichteren Reibereien mit seinen Vorgesetzten und schließlich zu einer Beschwerde über den Kriegslazarett-Direktor und später noch über die nächsthöhere Dienststelle. Auf den sachlichen Inhalt der Beschwerden sei hier nicht weiter eingegangen, in mehreren Punkten scheinen sie auch als berechtigt anerkannt worden zu sein; die Form allein genügt jedoch schon fast, um sich ein Bild über den Zustand des Pat. zu machen.

Er war, wie er selbst zugab, schon seit November 17 allmählich in eine immer tiefere Depression hineingekommen, auch die Magen- und Darmstörungen hatten sich bereits wieder stärker bemerkbar gemacht; er hatte mich damals schon deswegen privatim um ärztlichen Rat gebeten und hatte mir die meisten der Angaben seiner Vorgeschichte gemacht, die er später, als die Beschwerde im Gange war, wahrscheinlich so offenherzig nicht gemacht haben würde, und die er, wie gesagt, teilweise auch abzuschwächen suchte. Die unerquicklichen dienstlichen Verhältnisse, die später zu der Beschwerde führten, mögen das Ihrige zur Entstehung dieses Stimmungsumschlages beigetragen haben.

Seine Depression selbst schilderte er so charakteristisch, daß an dem Vorhandensein dieses Zustandes kein Zweifel bestehen konnte. Neben den Magen- und Darmstörungen war er beständig in trauriger, trüber Stimmung, alles war ihm gleichgültig, er hatte auch lebhafte Selbstmordgedanken, ohne allerdings, wie er sagt, eine ausgesprochene Absicht in diesem Sinne zu haben. Irgendein Wunsch, auch der Wunsch nach Erholung kam bei seiner allgemeinen Apathie gar nicht auf. Wenn er am Bahnhof eine Lokomotive sah, hatte er immer den Gedanken, die möchte doch über ihn hinwegfahren.

Dann wurde er plötzlich auf Veranlassung seines Vorgesetzten wieder als Bataillonsarzt zur Front versetzt, doch jetzt war es zu spät. Er hatte gehofft, in Erinnerung an seine vorjährige Bataillonsarztzeit, seine Stimmung werde nun wieder aufleben, aber er blieb deprimiert. Er ließ sich während der ganzen Zeit keine Gasmaske geben, aus tiefster Gleichgültigkeit gegen sein Schicksal; er hatte nicht die geringste Furcht vor dem Tode.

Seines Fußes wegen und wohl auch dieser psychischen Beschwerden halber kam er zu seiner früheren Dienststelle zurück, damit eine Be-

handlung in einem Genesungsheim eingeleitet werde. Inzwischen kam es aber zu der oben erwähnten Beschwerde. Die innere Hemmung war nun wieder geschwunden und hatte der manischen Komponente Platz gemacht: in unermüdlicher Ausführlichkeit faßte er seine Beschwerdeschrift ab. Die manische, fast ideenflüchtige Lebhaftigkeit seiner Gedankengänge gab ihm das Material dazu, die motorische Unruhe trieb ihn vorwärts; sein Selbstbewußtsein ließ es ihm natürlich ganz unmöglich erscheinen, sich kurz zu fassen und einen Gedanken, der ihm auftauchte, als unwesentlich abzulehnen, und so kam es zu dieser Beschwerde, die zuletzt mit den in Anlagen hinzugefügten früheren Beschwerden usw. 53 mit kleiner Maschinenschrift eng beschriebene Aktenseiten enthielt. Tag und Nacht hatte er eigenhändig daran geschrieben. In glänzender Stilistik, mit zahlreichen, echt manisch-schnodderigen Bemerkungen und scharfen Seitenhieben, aber in ermüdendster Weitschweifigkeit und mit zahlreichen Wiederholungen schilderte er die Vorfälle in typisch querulatorischer Weise, wahrscheinlich teilweise sehr stark subjektiv gefärbt. Ein wesentliches Merkmal dieser Beschwerde war ferner seine maßlose Selbstüberschätzung, die Art, in der er mit seinen sportlichen Leistungen, seinem persönlichen Mut und dem Aufsuchen der Gefahr renommierte, und vieles andere mehr.

Nachzutragen wäre noch, daß, wie oben bereits mehrfach angedeutet, selbstverständlich auch seine Vita sexualis, wie meist bei diesen chronisch-manischen Naturen, sehr stark entwickelt war, und daß er sich hier in der rücksichtslosesten Weise auslebte. Entsprechende Vorfälle, sowie seine erste Ehe sind bereits erwähnt. Auf die Frage, ob er einmal Lues gehabt habe, antwortete er stolz: „Nein, im Gegenteil!", und auf die Frage, was er denn unter dem Gegenteil von Lues verstehe, meinte er, er habe in diesem Zusammenhange gerade an die hier oft resultierende Sterilität gedacht, und er habe im Gegenteil überall, wo er gewesen, Sprößlinge hinterlassen und sich fortgepflanzt. Charakteristisch ist auch die Geschichte seiner zweiten Ehe. Er stand prinzipiell auf dem Grundsatze der freien Liebe und wollte sich durch keine staatliche Autorität in diesen Dingen binden lassen. Von einem Mädchen, das auf gleichem Standpunkte stehe, hatte er mehrere Kinder; als er nun diese legitimieren wollte, wurde ihm erwidert, er solle dies doch durch einfache Eheschließung tun; das lehnte er grundsätzlich ab, doch wurden alle seine Gesuche zurückgewiesen. Über diesen engherzigen Bureaukratismus entrüstete er sich sehr, doch blieb ihm schließlich nichts anderes übrig, um sein Ziel zu erreichen, als die verabscheute Eheschließung. Er machte jedoch von vornherein mit dem andern Teil aus, daß die Scheidungsklage sich unmittelbar anschließen solle, damit sie beide wieder in uneingeschränkter persönlicher Freiheit ihre Gewissensehe weiterführen könnten, und so geschah es auch; dabei unterstützte er seine geschiedene Frau und seine Kinder in durchaus korrekter Weise.

Selbstmordgedanken lehnte er trotz seiner damaligen Depression ganz energisch ab mit der charakteristischen Begründung: „Das widerspricht zu sehr meiner Weltanschauung, und ich würde nie etwas gegen meine Überzeugung tun. Ich habe immerhin eine derartige erhebliche Meinung von mir selbst, daß ich glaube, immer noch über dem Durch-

schnitt zu stehen und noch Bedeutendes eisten zu können. Auch halte ich mich als Stammvater neuer Generationen für verpflichtet, mich noch möglichst zu vervielfältigen."

Im übrigen weigerte er sich aber entschieden, über alle diese Punkte weiter zu reden, er möge sich nicht „gegen Natur und Charakter drängen lassen, Dinge, in denen Herz und Takt einem Verschwiegenheit auferlegten, auszukramen und ernste, heilige und zarte Erinnerungen preiszugeben; wenn er das wolle, könne er ja Romane schreiben, interessant genug wären sie, ohne jede Ausschmückung." — Es scheint nach alledem nicht, als ob er hier übertrieben habe. Übrigens sei erwähnt, daß ein Punkt seiner Differenzen mit seinen militärischen Vorgesetzten auch der Versuch einer neuen Anknüpfung war, wobei er allerdings an die unrechte Stelle geriet und deshalb zur Rede gestellt wurde.

Der Alkohol spielte, wie so oft in ähnlichen Fällen, eine zeitweise recht starke, aber doch wohl nur sekundäre Rolle, insbesondere als „Sperrfeuer" gegen die Niedergeschlagenheit, wie Pat. sich selbst ausdrückte. In solchen Zuständen kam es zuweilen nach seiner Schilderung auch zu leichten hypnagogen Halluzinationen, bei denen der Alkohol mitgewirkt haben mag. Leichte, im Halbschlaf zuweilen vorkommende, mehr subjektiv empfundene, als objektiv auftretende, an Jackson erinnernde Erscheinungen, die möglicherweise eine Folge seiner Schädelverletzungen waren, wurden bei der früheren Veröffentlichung bereits gewürdigt. Im übrigen geht wohl aus der Krankengeschichte selbst mit genügender Deutlichkeit hervor, daß es sich nicht um einen reinen Alkoholisten handelt.

Mein Gutachten billigte ihm für etwaige Affektvergehen, die mit seinem Querulieren zusammenhingen, den Schutz des § 51 zu. Was man ihm sonst noch vorwarf, war juristisch nicht erwiesen, es scheint sich hierbei um aufgebauschte Kleinigkeiten gehandelt zu haben.

Da er seines gebrochenen Fußes wegen nicht kv., seines psychischen Zustandes wegen zunächst überhaupt dienstuntauglich und auch später nicht gv. war, so befürwortete ich seine vollständige Entlassung aus dem Heeresverbande. Das Verfahren gegen ihn wurde daraufhin eingestellt, er selbst zur weiteren Behandlung einem Heimatlazarett überwiesen.

Bei den nun folgenden Patienten spielt das querulatorische Moment überhaupt keine Rolle.

Der nächste Fall hielt sich im allgemeinen soeben vielleicht innerhalb der Grenze dessen, was noch als normal gelten kann, mit einzelnen depressiven Phasen. Auch dieser Fall ist bereits geschildert, (als Fall 20), doch sind ja bei allen diesen Patienten gerade die Einzelheiten das Interessante. —

Fall 5. Wilhelm T., geb. 28. 1. 74. Sein Vater war etwas nervös und jähzornig. Eine Schwester ist als Kind an Krämpfen gestorben. Pat. selbst stürzte im Alter von 5—6 Jahren beim Spielen aus einem Eisenbahnwagen, war angeblich 8 Tage lang bewußtlos und soll Krämpfe gehabt haben. Später hatte er noch häufig schwere Angstträume und Aufschrecken aus dem Schlaf. In der Schule lernte er gut. Etwa 1913 war er einmal eine kurze Zeitlang sehr reizbar und schlief



schlecht. Sonst hatte er noch nie in seinem Leben das Empfinden, krank zu sein; er fühlte sich im Gegenteil stets sehr wohl. Als Kaufmann war er viel beschäftigt, „immer unterwegs", und gab selbst zu, daß er eigentlich den ganzen Tag ununterbrochen rede, er sei beständig in innerer Unruhe, halte es nirgends lange aus und müsse immer Abwechslung haben; auch sei er oft sehr hitzig. Er war ferner sehr musikalisch, spielte zahlreiche Instrumente, allerdings, wie festgestellt werden konnte, mit mehr Kraftüberschuß und Ausdauer als musikalischem Verständnis.

Im Herbst 1914 kam er mit seinem Landsturm-Bataillon nach Spaa, „das war die reinste Badekur". Es gefiel ihm sehr gut; außerdem war er „sozusagen der Hornist der Kompagnie". Er blies jeden Tag eine halbe Stunde lang im Kursaale, auf der Promenade oder auf der großen Terrasse seine Trompete, nur zu seinem Privatvergnügen, „damit er was zu tun hatte", es sei sonst zu langweilig. Später kam er nach Brüssel; dort hatte er ebenfalls viel freie Zeit, lief stundenlang in der Stadt und in den Museen umher, ging auch oft in verschiedene Wirtschaften, setzte sich unaufgefordert ans Klavier und spielte den Gästen stundenlang vor.

Eines Tages fühlte er sich etwas müde und meldete sich einmal krank, „um sich ein wenige auszuruhn". In der Revierstube war zu seiner eigenen Überraschung ein Bindehautkatarrh festgestellt worden, und er wurde der Augenabteilung des Kriegslazaretts überwiesen. Dort las er an einer Tür, daß da auch eine Nervenabteilung sei; so kam er zur Poliklinik, um die Gelegenheit zu benutzen und sich auch hier einmal untersuchen zu lassen. Sonst fehle ihm ja eigentlich nichts, nur sagten die Leute immer, er falle ihnen so auf die Nerven. — Körperlich fand sich nihil. Während seines Lazarettaufenthaltes ging er mehrmals unaufgefordert in das Unteroffiziers- und Unterärzte-Kasino, um sich stundenlang als Klavierspieler zu produzieren. Außerdem kümmerte er sich aufdringlich um alles mögliche, bot sich in dem Schreibzimmer des Lazarettinspektors als Hilfe an usw. Nach seiner Entlassung war er bei der Verwaltung tätig und fing nun einen Handel mit Revolvern an, die er an Eisenbahnbeamte weiter verkaufte. Hehlerei, Schiebungen mit Dienstwaffen oder Verkauf von Waffen an feindliche Staatsangehörige konnten nicht nachgewiesen werden. Während der Untersuchungshaft geriet er nun in einen Depressionszustand und schrieb eine vier Seiten lange „Meldung" über seinen Gesundheitszustand, in der er eine ganze Reihe nervöser Beschwerden schilderte: Vergeßlichkeit, Angstgefühl, schwere Träume, Kopfschmerzen usw. Wenn man ihn anfahre, steige ihm eine Blutwelle in den Kopf, daß er weder hören noch sehen könne, er sei unsicher, verliere im Gespräch den Faden, alle möglichen Gedanken „rasten ihm stundenlang" im Kopf herum, er habe Sorgen wegen seiner wirtschaftlichen Existenz, es schwebten für ca. 80 000 M. Prozesse mit säumigen Schuldnern, er stehe in seinem Geschäft nach dem Kriege vor einer Riesenaufgabe, die er nicht mehr bewältigen könne. Außerdem werde er von verschiedenen Vorgesetzten als verrückt bezeichnet, das beängstige ihn so sehr usw. Daraufhin wurde er zur Beobachtung der psychiatrischen Abteilung überwiesen. Das leicht depressive Zustandsbild nahm teilweise eine fast komisch wirkende hypochondrische Färbung an. Er führte ununterbrochen Buch über seinen Gesundheitszustand, manchmal mit



stündlichen Eintragungen, und brachte immer wieder die gleichen Klagen: „Rechts und links unter dem Brustkorb ein beengendes, von unten nach oben kommendes Druckgefühl." — „Abends Brot und Käse gegessen, ungeheure Gasentwicklung, erst nach oben, später nach hinten; tritt seit 4—5 Tagen mehr und mehr auf. Früher vor 3—4 Jahren war ich deshalb beim Arzt Dr. B." — „wachte auch die Nacht einmal wegen Gasbildung auf". „Großer Drang zu Ruhe und Schlaf, großer Nachlaß in geistiger Hinsicht, allgemeine zeitweise Dösigkeit. Beim Verkehr schlechtes, wehartiges Gefühl im Leibe an einer bestimmten Stelle, wo es früher gut tat" usw. usw.

Bezüglich dieser Magen- und Darmbeschwerden muß man selbstverständlich an vagotonische Einflüsse denken. Im übrigen bestand bei ihm ganz wie früher die für ihn so charakteristische Polypragmasie. Die depressive Phase dauerte nicht lange, bald war er wieder ganz wie früher, vergnügt, gemütlich, von unerschütterlichem Selbstbewußtsein und außerordentlichem Rede- und Schreibdrang. Er machte an sich ganz vernünftige Vorschläge zu einer großzügigen Organisation des Pilzsammelns, wollte eine Ausstellung im Lazarett und Pilz-Lehrkurse unter den Patienten veranstalten; machte dabei aber auch zugleich Vorschläge mit den nebensächlichsten Einzelheiten und erbot sich, „Probe zu essen", als Beweis dafür, daß die betreffenden Pilze nicht giftig seien usw. Unermüdlich schrieb er Eingabe über Eingabe zu seiner Verteidigung, viele engbeschriebene Aktenseiten voll mit typischen Wiederholungen und Reihenbildungen wie: „Ich wurde oft in der unangenehmsten Weise angeherrscht, angeschnauzt, angefahren und angeschrien" usw.

Das Gutachten billigte ihm den Schutz des § 51 nicht zu, doch wurde Pat. schließlich wegen Mangels an Beweisen freigesprochen. Aus der Heimat schrieb er mir dann nochmals einen Privatbrief, 4 Aktenseiten lang, in dem er ganz naiv um meine Unterstützung bat, um vom Heeresdienste frei zu kommen. Zur Regelung seiner Vermögensverhältnisse brauche er seine restlichen Nervenkräfte, nachher sei er vielleicht „so wie so total meschugge". „Man hatte mir schon oft vor dem Kriege gesagt, daß ich durch meine vielen Arbeiten einmal kaputt auf dem Kopfe werde, nun das Brüsseler Theater war ein Stein mehr zu meinem Grabe." usw. Unterzeichnet: „Schönen Gruß, Wilhelm T. Ihr Kaffeesachse."

Fall 6. Ernst F., geb. 31. 12. 74. Ein früherer Heldentenor, ein ganz tragisches Menschenschicksal.

Vater und Mutter der Schilderung nach manisch-depressiv: Vater sehr jähzornig, hat viel getrunken, Mutter war mehrmals in Privatanstalten. Pat. selbst hat in der Schule sehr gut gelernt, war aber, wie er selbst zugibt, sehr faul. Studierte 3 Semester Medizin, zahlreiche Kontrahagen, starker Alkoholmißbrauch; Streit mit dem Vater, der ihm jede Unterstützung entzog, konnte deshalb nicht als Einjähriger dienen. Während seiner Militärzeit im ganzen 27 Tage mittleren und strengen Arrest. Dreimal Go., das erstemal mit 13 Jahren! Nach der Militärzeit — sein Vater war inzwischen gestorben — zum Opernsänger ausgebildet, hatte oft gleichzeitig bei 3—4 Gesanglehrern Unterricht, hat angeblich enorme Summen, bis 100 M. täglich, für Gesangstunden ausgegeben. Dann war er an ersten



Bühnen engagiert, wurde aber mehrmals kontraktbrüchig, und lebte von Gastspielen. Seine erste Ehe wurde geschieden, wegen Schuld seinerseits. Später heiratete er sein Verhältnis, jagte sie aber nach 3 Wochen wegen Untreue wieder davon und ließ sich von ihr scheiden. Dann verlor er allmählich seine Stimme. „Ich bin jahrelang in der Weltgeschichte herumgereist, von Pontius bis zu Pilatus gelaufen, habe Tausende von Mark ausgegeben, aber kein Mensch hat mich ordentlich behandelt. Alle sind von falschen Gesichtspunkten ausgegangen. 4—5 mal bin ich operiert worden, es ist aber nur noch schlimmer geworden, ein Gesanglehrer hat mir dann schließlich meine Stimme ganz verdorben.“ Auf diese Weise hat Pat. schließlich sein ganzes Vermögen verloren, war dann Redakteur einer Provinzzeitung, Musikkritiker, Schriftsteller und Gelegenheitsdichter und hat auch hier oft 20 M. und mehr täglich für Annoncen ausgegeben. Außerdem machte er alle möglichen Versuche, seine Stimme wiederzugewinnen. Ein Lehrer riet ihm, zu singen „mit offener Kehle“, „ähnlich wie beim Erbrechen“. Er nahm deshalb Brechmittel in großen Quantitäten, versuchte es auch angeblich mit Leuchtgas, so daß er sich eine schwere Vergiftung zuzog und man ihn wegen Selbstmordversuchs in das Krankenhaus brachte. Es bleibe dahingestellt, ob es sich nicht tatsächlich doch um einen Suizidversuch gehandelt hat. 1911 hatte er einen Prozeß gegen seinen letzten Gesanglehrer, der seine Stimme ganz ruiniert habe. Dabei hat Pat. jenen in seiner Erregung auf der Straße zur Rede gestellt und verprügelt. Ein andermal hatte er einen Beleidigungsprozeß, weil jemand behauptet hatte, er habe sich nachts mit einem Frauenzimmer auf der Straße herumgetrieben, die Betreffende war aber „damals gerade“ seine Frau.

Bei Kriegausbruch meldete er sich sofort als Kriegsfreiwilliger, wollte unbedingt zur Front, wurde aber wegen eines alten Bruches des Fußes zurückgewiesen und endlich nur als g. v. eingestellt. So tat er Dienst in Brüssel; dort machte er eines Tages einer nicht mehr ganz jugendlichen Dame der Deutschen Kolonie auf der Straße einen sehr plump-vertraulichen, zudringlichen Heiratsantrag.

Wegen Psoriasis im Lazarett. Hier typische chronische Manie: außerordentliches Selbstbewußtsein, beständige motorische Unruhe, große Vielgeschäftigkeit und Reizbarkeit, Streit und große Szenen mit der Krankenschwester und mit allen möglichen Patienten. Bei der Aufführung von „Wallensteins Lager“ durch eine deutsche Truppe ließ ihm sein Theaterblut keine Ruhe, und er mußte wenigstens als Statist mitwirken. Dann rückte er mit seinem Regiment ab, und wahrscheinlich wurde seine Sehnsucht zur Front, wohin er einzig gehörte, doch noch erfüllt. —

In dem nächsten Falle könnte man darüber streiten, ob Pat. die Grenze des Normalen schon überschritten hat oder nicht. Interessant ist hier zunächst die konvergierende Belastung; diese weist in der Familie beider Eltern zyklothyme bzw. chronisch manische Charaktere auf, die noch ziemlich innerhalb der Grenze des Normalen verliefen, deren Addition aber bei dem Pat. dann zu dem ausgesprochenen Bilde führte.

Fall 7. Major Friedr. K., geb. 7. 8. 71.

Der Vater des Pat. war sehr lebhaft, immer sehr vergnügt, vorzüglicher Gesellschafter und trank gern einen guten Tropfen. Als besondere



Charaktereigentümlichkeit wird erwähnt sein praktischer Sinn; ähnlich war dessen Bruder, angesehener Großkaufmann, der große Reisen durch die ganze Welt gemacht und ein großes Vermögen gesammelt hat.

Die Mutter selbst ist sehr lebhaft in ihrem Temperament, sehr musikalisch und „singt jetzt noch im Alter von 70 Jahren in Kirchenkonzerten". Im Alter von 50 Jahren hatte sie einmal eine schwere Depression und war deshalb längere Zeit in einem Sanatorium. Eine Schwester der Mutter ist ebenfalls sehr lebhaft, „wie die ganze Familie, d. h. lebhaft ist eigentlich noch viel zu wenig gesagt! Sie dichtet und macht alle so' ne Scherze." Ein Bruder der Mutter ist Schriftsteller, ebenfalls sehr musikalisch, Musikkritiker und Ästhetiker, hat „auch ein sehr lebhaftes Temperament" und einen etwas bewegten Lebenslauf. Und schließlich sind mehrere Onkeln und Vettern mütterlicherseits „kolossal lebhaft, mobil, überspannt und hochgeistig". Ein Vetter oder Onkel soll verunglückt sein, man vermutet aber Selbstmord. Eine Schwester des Pat. war einmal, als ihre Verlobung zurückzugehen drohte, schwer deprimiert. Eine andere Schwester ist ebenfalls sehr lebhaft und sehr klug, hat studiert und ist Oberlehrerin. Ein Bruder hat das gleiche Temperament und ist sehr musikalisch.

Pat. selbst war als Kind ein sehr wilder Junge, „aber tüchtig!" — „ich bin eben im Walde aufgewachsen". Er war überall dabei, tat nicht gut, blieb oft sitzen und kam dann „zur Besserung" zu einem Pastor in Pension, der ihn unterrichtete und für das Gymnasium vorbereitete. Hier war er ebenfalls sehr lebhaft, Vorturner der 1. Riege, trieb allerlei Sport, machte viele dumme Streiche und brach infolge seiner Wildheit einmal den linken Arm und einmal das rechte Bein. Er blieb wiederum mehrmals sitzen, nicht wegen Mangels an Intelligenz, sondern weil er keine Ausdauer zum Lernen hatte. „Die Schule paßte mir überhaupt nicht mehr. Ganz sonderbar war es manchmal: dem Mathematiklehrer bot ich in der Mathematik Backpfeifen an, und in der Physik konnte er nicht ohne meine Hilfe auskommen." Pat. ging schließlich von Unterprima ab, war in einer Vorbereitungsanstalt, bestand dann das Fähnrichexamen und trat als Avantageur ein.

Auch hier zeigte sich sofort sein unruhiger Geist, der bei dem Dienst bei weitem nicht sein Genüge fand. Er trieb jeden Sport, der nur möglich war, „ich jagte, ritt, d. h. zu eigenen Gäulen langte das Geld nicht, hatte ein eigenes Segelboot, fuhr Rad, ruderte, schwamm, trieb jeglichen Eissport, Schlittschuhlaufen, Eissegeln, Rennwolf, Eisjagd, ich hatte das erste Rad, die erste kleinkalibrige Büchse, das erste Segelboot dort, alles hatte ich zuerst; ich habe viele Regatten mitgesegelt, viele Preise erworben" usw.

Infolge seiner technischen Liebhabereien erstrebte er eine Versetzung zur militärtechnischen Abteilung, jedoch ohne Erfolg. Er scheint dann nach einer luischen Infektion in eine Depression gekommen zu sein, „ich bin immer ein bischen Sonderling gewesen und viel allein". Auch Streitigkeiten mit Kameraden kamen offenbar hinzu, wenngleich er über diesen Punkt nicht recht mit der Sprache heraus wollte, „ernstliche Differenzen hatte ich nicht, man kabbelt sich eben so, wie sich die Leutnants eben kabbeln".

Aber schließlich brach der manische Grundzug seines Wesens wieder



durch, es war ihm „alles zu langweilig", „ich mußte raus!" Und so ging er zur Schutztruppe nach Ostafrika. Dort war er so recht in seinem Element; das wilde, ungewohnte Leben in der freien Natur, dieses Sich-austoben-können in ständigen Expeditionen und Kriegszügen, die endlosen Märsche, die stete Gefahr, die Betätigung seines zweifellos vorhandenen organisatorischen Talentes, das Gefühl, praktisch eigentlich niemand über sich zu haben, Herr über Leben und Tod von so und so viel Eingeborenen zu sein, alles das war wie für ihn geschaffen und befriedigte seinen Tatendurst. Charakteristisch war aber wieder die Art und Weise, wie er das alles wiedergab: „In der Zwischenzeit habe ich mir dann die Zeit vertrieben mit einer kleinen notdürftigen Dysenterie. Ich kam dann zur Erholung ins Gebirge, dann kam die Taro-Expedition, das war eine große Sache, wir raubten, mordeten und plünderten, es war eine reine Freude! Böse Zicken haben wir gemacht! Den Herrn Kirgona, oder wie er hieß, den habe ich persönlich gefangen mit einem Stabsarzt zusammen. Eine kleine Expedition ging hinter ihm her, nur mit dem Allernotwendigsten ausgerüstet, 22 Stunden am Tage haben wir marschiert und nur 2 Stunden geschlafen. Ich hatte als große Belohnung eine dicke Rindviehherde ausgesetzt, da kam dann einer und sagte, wo er war, da haben wir ihn gepackt und zurückgebracht, und 3 Tage später hat er gebaumelt. Von alledem ist nach Deutschland gar nichts gelangt, weil damals der gute Gouverneur keinen Krieg haben wollte in den Kolonien. 2 Jahre später haben sie dann die Expedition noch mal ausgeführt, da haben sie einen großen Trara und Klimbim darum gemacht!" Inzwischen war er einmal auf Urlaub in Europa, „dann hab' ich die Station Aruscha gebaut". „Eigentlich sollte es nur eine kleine provisorische Station werden", er erzählte aber mit großem Feuer, wie er entgegen den Befehlen mit den primitivsten Hilfsmitteln die „schönste und beste Station" gebaut habe, die es „im ganzen Schutzgebiet" gäbe, „sozusagen eine kleine Zwingburg!" Plötzlich kam der Befehl, den Bau einzustellen, „aber da war schon alles fertig". „Ein Zuckerbäcker und ein Zahntechniker, das waren meine Ingenieure, die einzigen deutschen Unteroffiziere, die ich bei mir hatte. Ich habe alles selbst gemacht, habe eine Kalk- und Ziegelbrennerei aufgetan; ich hatte das erste Haus in Ostafrika, das mit Dachziegeln gedeckt war, ich habe Steinbrüche angelegt, habe zementiert, Brunnen gebaut, mit Lebensgefahr abgeteuft und unten selbst gesprengt; ich habe den ersten Kaffee gezogen in Ostafrika, die ersten Sonnenblumenplantagen, habe die Erdnüsse eingeführt, Öl gemacht" usw. Er hat 14 Löwen geschossen, zahlreiche Elefanten, Nashörner, Büffel usw. und befand sich dabei häufig in äußerst gefährlichen Situationen, die er sehr lebhaft schilderte, ohne daß man dabei den Eindruck des Jägerlateins hatte.

Inzwischen war er 1901 Oberleutnant geworden. Bei einer Kaisers-Geburtstagsfeier bei allgemeiner Betrunkenheit wurden die Moskitonetze vernachlässigt, er wurde fürchterlich zerstochen und bekam eine schwere Malaria. „Chinin habe ich in kolossalen Dosen geschluckt, aber es half nichts, schließlich mußte ich doch nach Europa."

Hier wurde ein Herzfehler festgestellt; er wollte trotz desselben wieder auf eigene Verantwortung nochmals hinausgehen, es wurde ihm aber nicht gestattet. Darauf wurde er offenbar schwer deprimiert; „denn



eigentlich war ja meine ganze Karriere verpfuscht, für Europa eignete ich mich nicht mehr.“ Er arbeitete erst einige Zeit in Berlin beim Auswärtigen Amt und kam dann in eine kleine Garnison nach Elsaß-Lothringen. „Hier fühlte ich mich mordsunglücklich. Ich hatte eine andere Weltanschauung, ich paßte nicht mehr zu diesen Leuten hinein. Ich hatte immer das Gefühl eines verpfuschten Daseins.“ Er versuchte nochmals, in die Technikerlaufbahn zu kommen, wieder ohne Erfolg. Er war dann Platzmajor, dann $1^1/_4$ Jahr bei einem größeren Bekleidungsamt, 1906 wurde er endlich Hauptmann im Jäger-Bataillon X. „Ich fühlte mich in dem ganzen Kram immer unsicher; ich hatte in Afrika gebaut, gesprengt, gejagt, Richter gespielt, hatte ein Land zu regieren so groß wie ganz Belgien, nun mit einem Male in diese kleinen Verhältnisse. Ich hatte inzwischen ganz andere Exerzierreglements gehabt, erst das alte, dann das für die Schutztruppe, das für die Marineinfanterie, das Suaheli-Reglement und nun kam noch ein neues hinzu. Ich hatte immer das Gefühl, ich könnte es nicht, der ganze Kram lag mir nicht; aber ich mußte aushalten, bis ich Hauptmann 1. Klasse war, schon bloß der Pension wegen. Ich hatte immer das Gefühl der Wartezeit. Dann als Hauptmann habe ich wenigstens ein bischen Grund unter die Beine gekriegt mit der Schießausbildung. Meine Kompagnie schoß erst am schlechtesten, nach einem Jahre schoß sie am besten.“

Wenngleich diese ganze Depression scheinbar durch den Wechsel der äußeren Verhältnisse, durch den Zusammenbruch aller seiner Hoffnungen und die Schwierigkeit, sich in das europäische Leben wieder hineinzufinden, völlig motiviert zu sein scheint, so ist doch die Größe des Umschlags seiner Stimmung sicherlich krankhaft. Er gab auch halb und halb zu, daß er sich damals ebenso wie in seiner ersten Depression vor seinem Übertritt zur Schutztruppe mehrmals ernstlich mit Selbstmordabsichten getragen hat.

Allmählich besserte sich aber alles anscheinend wieder etwas. Er lernte seine spätere Frau kennen, und überstürzt, sprunghaft, wie er war, verlobte er sich schon nach ein paar Tagen und heiratete dann $^1/_2$ Jahr später.

1913 ging er ab und kaufte sich an. Bei Kriegsausbruch stellte er sich sofort wieder zur Verfügung und kam zunächst als Kompagnieführer zu einem Landsturm-Bataillon, später nach Brüssel und von da als Bataillonsführer zu einem andern Landsturm-Bataillon, „um dort mal Ordnung zu schaffen“, wie er in seinem Selbstbewußtsein meinte. Tatsächlich scheint er auch seine Stellung dort mit großer Energie und Tatkraft ausgefüllt zu haben, wie sein Führungszeugnis bewies.

Nun kam es offenbar wieder einmal zu einer leichten depressiven Schwankung mit erhöhter Reizbarkeit, vielleicht ausgelöst durch schlechte Nachrichten über die Ernte daheim und die mangelnden Arbeitskräfte, und schließlich zu den beiden Vorfällen, von denen der letzte seine Beobachtung veranlaßt hatte.

Beide Vorfälle sind so charakteristisch für sein ganzes Wesen, sind so sehr der Ausfluß seines leicht gereizten und krankhaft gesteigerten Selbstbewußtseins, daß man sich eigentlich beinahe wundern muß, daß solche oder ähnliche Vorfälle nicht schon häufiger vorgekommen sind.



Vielleicht ist ähnliches auch in Wirklichkeit öfters geschehen, ohne bekannt zu werden. In beiden Fällen steht eine gewisse innere Berechtigung auf seiner Seite, und man kann seine Handlungsweise von seinem Standpunkt aus bis zu einem gewissen Grade vollkommen verstehen.

In dem ersten Falle kam er in Zivil von der Jagd zurück und war, wie er selbst zugibt, etwas verärgert, da er auf der ganzen Jagd nichts angetroffen hatte. Er sah, wie seine Leute ihm Ehrenbezeugungen erwiesen, und wie ein fremder Soldat, der dabei stand und dies ebenfalls sehen mußte, ihn andöste und keine Miene machte, ebenfalls zu grüßen. Im Vorbeifahren schnickte er mit der zusammengerollten Peitsche nach jenem hin und rief ihm zu: „Na, warum grüßen Sie denn nicht, Sie Schlafmütze!" Der Mann stellte ihn zur Rede, worauf es zu einem kleinen Wortwechsel kam. Das Gericht sprach den Angeklagten in seiner Sitzung vom 8. 6. 16 von der Anklage der Beleidigung frei, verurteilte ihn aber wegen vorschriftswidriger Behandlung eines Untergebenen zu 3 Tagen Stubenarrest.

Der 2. Vorfall ähnelt dem ersten bis zu einem gewissen Grade. Wieder kam Pat. in Zivil von der Jagd zurück und wurde angeblich nicht erkannt. Wie sich die Vorgänge im einzelnen abgespielt haben, war aus den Akten nicht ganz sicher zu entnehmen. Es fanden sich über die Zeitenfolge der Einzelheiten verschiedene Widersprüche. Pat. selbst behauptete, er habe den Posten in der Dunkelheit zuerst gar nicht gesehen und habe, da er etwas schwerhörig sei, bei dem Rasseln der Räder auch den ersten Anruf nicht gehört. Nachher habe der Posten das Pferd bei den Zügeln gepackt; darauf sei das Tier unruhig geworden, immer weiter rückwärts gegangen, und er habe in der Gefahr geschwebt, entweder rechts gegen die Mauer zu fahren oder links in den Kanal zu stürzen. Schließlich sei der Wagen immer weiter rückwärts und mit ziemlicher Gewalt gegen die Mauer gestoßen und dabei nicht unerheblich beschädigt worden. Der Posten behauptete, Pat. habe gerufen: „Sie sind wohl verrückt geworden, lassen Sie das Pferd los!" einen Ruf, den man in dieser Situation wohl verstehen kann. Pat. bestritt ganz entschieden, die Absicht gehabt zu haben, entgegen dem Befehle des Postens weiterzufahren, da er wohl wisse, daß dieser dann von seiner Schußwaffe Gebrauch gemacht haben würde. Der Posten dagegen behauptete, der ihm unbekannte Zivilist habe trotz seines Anrufes weiterfahren wollen und ihn schließlich beschimpft.

Ich persönlich möchte es für ausgeschlossen halten, daß eine so markante Persönlichkeit nicht in der ganzen Gegend, auch bei fremden Truppenteilen, bekannt gewesen wäre; es ist wohl viel näherliegend, daß die betr. Leute in beiden Fällen die Unvorsichtigkeit des Pat., in Zivil zu sein, ausgenutzt haben, um dem wegen seiner Strenge und seines militärischen Tones unbeliebten Offizier eins auszuwischen; nach meinem persönlichen Eindruck bei der späteren Verhandlung hat der betr. Zeuge mit der Behauptung, er habe nicht gewußt, wen er vor sich habe, einen Meineid geleistet.

Charakteristisch für den Pat. war auch sein erstes Auftreten im Lazarett: „Sagen Sie mal, lieber Stabsarzt, ich habe da eine dumme Kiste gemacht, und da hat man mir gesagt, es gebe so irgend einen Paragraphen, daß man da nicht verknackt wird, vielleicht können Sie mir helfen, mein Bataillonsdoktor hat mich auch immer erst vor jedem Gutachten gefragt.



wie ich das haben wollte. Verrückt bin ich ja natürlich nicht — na, aber sehn Sie mal, was sich da machen läßt!"

Im Lazarett war er ein sehr schwieriger Patient, sehr selbstbewußt, in beständiger, leichter motorischer Unruhe, absolut ungehorsam allen ärztlichen Anordnungen gegenüber, dann aber wieder, je nach Stimmung, äußerst liebenswürdig, gab bereitwilligst und mit großer Lebhaftigkeit Auskunft über seine Vorgeschichte.

Körperlich und psychisch fand sich nichts, was auf eine luische Erkrankung des Zentralnervensystems hinwies, Wa.-Blut war negativ, zu einer Lumbalpunktion war er nicht zu bewegen. Nach den heutigen Erfahrungen würde man den wohl auch im Liquor negativen Befund im Hinblick auf die unfreiwillige, aber so gründliche Malariatherapie vielleicht verstehen können.

Die Beobachtung konnte nicht ganz zu Ende geführt werden, da Pat. die Zeit nicht abwarten konnte und eines Tages plötzlich auf eigene Faust das Lazarett verließ. Da das Material zur Beurteilung jedoch genügte, ließ man ihn ziehen.

Das Gutachten konnte ihm den Schutz des § 51 nicht zubilligen, er wurde wegen Beleidigung eines Wachtpostens und Ungehorsams gegen dessen Befehle zu mehreren Monaten Festung verurteilt, deren Verbüßung dann wahrscheinlich auf dem Gnadenwege ausgesetzt worden sein dürfte. Auch dieser Pat. ist dann später sicherlich noch zur kämpfenden Truppe gekommen, wo allein sein Platz war, doch habe ich nichts mehr von ihm gehört. —

Aus meiner früheren, bereits mehrfach erwähnten Arbeit wären hier noch anzufügen etwa der dortige Fall 11, ein Ingenieur, der es auch schon im Frieden nicht in den engen Verhältnissen der Heimat ausgehalten, der schon als Student 18 meist schwere Säbel- und 2 Pistolenmensuren hatte, der dann nach recht langem Studium auf exponiertem und schwierigem, aber selbständigem Posten in Dalmatien tätig war, wo, nach seiner eigenen Schilderung, „nur mit einem etwas weiten Gewissen und mit robuster Energie etwas zu machen" war, der im Herbst 14 schon das E. K. II. hatte, und der schließlich Insubordinationen beging, um „strafweise" an die Front versetzt zu werden, als ihm seine Vorgesetzten seiner Brauchbarkeit wegen diesen Wunsch nicht erfüllen wollten.

Ferner gehörten hierher der dortige Fall 22, bis zu einem gewissen Grade auch Fall 31 und 39; dann aber Fall 35, der polyglotte Friseur und Fremdenlegionär, der eine zwar orthographisch höchst mangelhafte, aber stilistisch glänzende und fast druckreife, hochinteressante Lebensbeschreibung lieferte, dann Fall 40, der Trainer eines Preisringkämpfers und große Vereinsmeier, der nach dem Zusammenbruch die letzten Patienten der Abteilung zu Fuß durch ganz Belgien zur Heimat führte, und Fall 41, der Radrennfahrer, Tierbändiger und Operettenkomiker. Manche dieser Fälle lagen allerdings klinisch nicht so ganz einfach, weshalb sie ja auch dort in anderem Zusammenhange besprochen wurden.

Es war bezüglich jener Arbeit beanstandet worden, daß es dort infolge zu sehr gekürzter Krankengeschichten nicht immer ganz klar sei, was unter chronisch-manischen Symptomen im Einzelfall verstanden werde. Es sind deshalb hier bereits einige der dort kurz skizzierten Kran-



kengeschichten etwas ausführlicher mitgeteilt worden, so die dortigen Fälle 21, 23 und 20 (hier Fall 3, 4 und 5). In diesem Zusammenhang sei noch der dortige Fall 4 etwas eingehender geschildert, der Uhrmacher und Indienfahrer.

Fall 8. Ernst Z., geb. 8. II. 74.

Vater sehr weichherzig, aber zu Zeiten auch sehr nervös, reizbar und jähzornig, sehr regsam und fleißig, hatte viele freiwillige Ehrenämter; gestorben an Schlaganfall. 2 Schwestern und 1 Bruder des Vaters trinken stark. Von den Kindern des Pat. ist eins in früher Jugend an Krämpfen gestorben, eins hatte mit 2 Jahren Krämpfe und ist schwachsinnig, 4 andere sind gesund.

Pat. selbst, leichter Hydrocephalus, hat in der Schule gut gelernt, wurde Uhrmacher. War immer unruhiger Geist, hielt es als Geselle nirgends lange aus und ging mit 20 Jahren nach Indien. Dort hatte er einmal „Dschungelfieber“ (Malaria?), einmal Sonnenstich, und infizierte sich mit Lues, energische Behandlung (Einspritzungen), war 3 Monate im Hospital. Dann zurück zur Heimat. Während seiner aktiven Dienstzeit zum Gefreiten befördert. Später selbständig als Uhrmacher. Er gab selbst zu, daß er oft sehr nervös und reizbar und dann sehr unhöflich zu den Kunden sei, hatte viel Streitigkeiten und wechselte oft seinen Wohnsitz. Nach Zeugenaussagen soll er in seiner jetzigen Heimat als „Prozesser und Händelsucher“ gelten, dem jeder aus dem Wege gehe, und mit dem niemand etwas zu tun haben wolle, er mache auch dauernd Eingaben und Anzeigen. Pat. suchte das alles zuerst zu bestreiten, gab dann aber zu, daß er jährlich ungefähr 2—3 mal vor Gericht stehe, sein Rechtsgefühl verlange das — allerdings gab er weiterhin zu, daß er bei diesen Prozessen meist verurteilt und in der Folge mehrfach gepfändet worden sei; das schere ihn aber nichts weiter, sein Vermögen habe er seiner Frau überschrieben, und sein Uhrenlager habe er in Kommission. Mehrmals war er schwer deprimiert und stand kurz vor dem Selbstmord, doch dauerten diese Zustände meist nicht lange. 1902 bei einer militärischen Übung hatte er einen „Anfall“, über dessen Art nichts Näheres zu ermitteln war (Hitzschlag?). Bei Kriegsausbruch wurde er als Unteroffizier eingezogen; schon bei der Bahnfahrt kam es zu Streitigkeiten mit seinen Kameraden über das Öffnen der Wagentüren, wobei er infolge einer fast paranoischen Empfindlichkeit anscheinend die Zielscheibe mehr oder weniger kräftiger Neckereien seiner Kameraden und Untergebenen wurde. Im Herbst 14 erlitt er einen leichten Schädelstreifschuß und kam zur Etappe. Auch hier hatte er fortwährend Reibereien und schrieb Meldung über Meldung; besondere Entrüstung erregte seine Beschuldigung gegen einen beim Kompagnieführer sehr gut angeschriebenen Unteroffizier, daß jener durch eine Fälschung sich selbst zu diesem Range befördert habe, eine Behauptung, die sich später allerdings als richtig herausstellte. Weiter fiel er durch seine außerordentliche Vielgeschäftigkeit auf, er meldete sich zu jedem nur möglichen Kommando, u. a. einmal gleichzeitig 1. als Kriegshundeführer, 2. als Dolmetscher, 3. als Radfahrer und 4. als „Elektroingenieur“. Letzteres, weil er während seines ersten Aufenthaltes im Lazarett zeitweise bei der elektrischen Zentrale und im Maschinenhause beschäftigt gewesen war. Von Anfang an fühlte er sich bei seinem letzten



Truppenteil von seinem Hauptmann zurückgesetzt und schikaniert, wie er meinte, deshalb, weil er mit jenem schon vor dem Kriege einmal eine geschäftliche Differenz gehabt habe. Wegen seines fortgesetzten Krakehlens kam er zuerst auf die psychiatrische Abteilung. Hier war er äußerlich ganz ruhig und geordnet, zeigte aber bei jeder Gelegenheit sein hochgeschraubtes, stolzes Selbstbewußtsein und eine außerordentliche Reizbarkeit; gegen alle die obigen Vorwürfe verteidigte er sich mit großem Temperament und großer Leidenschaft.

Im allgemeinen ging es aber ganz gut, so daß er, wie erwähnt, im Maschinenhaus beschäftigt werden konnte, wo er sich, dank seiner Intelligenz und Anstelligkeit, sehr nützlich machte. Bald kam es aber auch hier zu Konflikten, über Kleinigkeiten konnte Pat. in sinnlose Wut geraten, brüllte laut und spielte sich als Unteroffizier auf gegenüber dem nur im Gefreitenrange befindlichen Ingenieur, der den Betrieb damals leitete. Immer wieder gab es Reibereien, bei jeder Gelegenheit meldete er seine Kameraden wegen der kleinsten Unregelmäßigkeiten und galt allgemein als „Stänker und Krakehler". Während meines Urlaubs wurde Pat. dann ohne mein Wissen und gegen meinen Willen wieder zu seinem Truppenteil zurückgesandt. Das löste eine depressive Schwankung aus, er fühlte sich überall verfolgt und schikaniert, sah seine ganze Zukunft schwarz, weinte ganze Nächte lang und dachte wieder an Suizid. Schließlich wurde er auch wegen eines Wachvergehens angeklagt, das den ganzen Umständen nach nur eine leichte Inkorrektheit gewesen zu sein scheint, und bei dem er sicherlich bona fide gehandelt hatte. Eine Äußerung, die er offenbar als irrealen Bedingungssatz gedacht hatte: „Wenn ich verrückt bin, ist der Hauptmann auch verrückt!" trug ihm dann eine weitere Anklage wegen Vorgesetztenbeleidigung ein. Nun kam er zur Begutachtung auf meine Abteilung. In seinem Notizbuch fand sich das Konzept einer ausgesprochen querulatorischen Beschwerde wegen der „Beleidigung und Verleumdung", die ihm seine Vorgesetzten angetan, er drohte, „mit allen erlaubten und unerlaubten Mitteln vorzugehen", „im Zivil kann ich meine Sache ganz anders forcieren", er drohte mit der Presse usw.

Die Depression verschlimmerte sich immer mehr und nahm eine ausgesprochen hypochondrische Färbung an, er könne die Kopfschmerzen nicht mehr aushalten, er habe wohl Eiter im Gehirn usw. Schließlich lag er in schwerer Hemmung und Depression dauernd zu Bett. Dabei jetzt leichte Entrundung der Pupillen, lebhafte Patellarreflexe mit zeitweise geringer Differenz, leichter Romberg, Wassermann Blut +, im Liquor alles negativ. Sollte es sich hier tatsächlich um eine beginnende luische Erkrankung handeln, so könnte wohl nur eine sekundäre Komplikation in Frage kommen, da ja sein chronisch-manischer Zustand schon es war, der ihn nach Indien getrieben hatte. § 51 wurde zugebilligt, das Verfahren eingestellt und er einem Heimatslazarett überwiesen. Seine weiteren Schicksale sind nicht bekannt. —

Während dieser Fall sich wieder, wie der erste, in unfruchtbarem Querulieren erschöpfte, wohl durch die reizbare und streitsüchtige Nüance in seinem Charakter bedingt, zeigt der folgende deutlich, wie auch positive und brauchbare Werte von solchen Leuten geschaffen werden.



Fall 9. Heinrich F., geb. 5. 3. 80 zu S.

Vater an Tbk. gestorben, sonst angeblich keine Heredität. Pat. selbst zeigte leichte hydrozephale Schädelbildung, war aber sehr intelligent und wurde Lehrer, wie sein Vater. Er war nie krank, hatte „im Gegenteil“ von je her ein „sehr lebhaftes Temperament“ und hatte sich sein ganzes Leben hindurch immer „außerordentlich wohl und leistungsfähig“ gefühlt. Depressionen kannte er nicht. Von dem weiteren Verlauf rückschließend wird man wohl aus diesen Angaben auf ein chronisch-manisches Temperament, natürlich noch vollkommen innerhalb normaler Grenzen, schließen dürfen. Als Unteroffizier kam er ins Feld. Bei den Kämpfen vor Ypern im Herbst 14 steigerte sich, wohl ausgelöst durch körperliche Überanstrengung und durch die psychischen Eindrücke, der Zustand zur Psychose. In langen, schlaflosen Nächten grübelte er über seine Ideen nach, mit Hilfe des Spatens die entsetzlichen Verluste zu vermindern, und war sich dabei zunächst durchaus klar, daß dieser Gedanke keineswegs etwas absolut Neues war, aber er müsse endlich Gemeingut des ganzen Heeres werden. Das wurde schließlich zur überwertigen Idee bei ihm, und nachdem er durch seine Worte und Handlungen in seiner Kompagnie den Bau von Schützengräben und Unterständen genügend propagiert hatte, fühlte er sich zu Höherem berufen und begab sich auf eigene Faust zu seinem Brigadekommandeur, um ihm seine Pläne vorzutragen. Dieser kam ihm sehr entgegen und gab ihm ein Schreiben mit, in dem er das unmilitärische Vorgehen des Pat. beschönigte mit einer Dars tellung des Sachverhalts, als habe er, der General selbst, und zufällig den Unteroffizier angesprochen. Angeblich soll er ihn dabei auch zum Feldwebel vorgeschlagen haben, wie Pat. später meinte, „vielleicht auch zum E. K.“. Nun aber ging Pat. noch weiter, und wollte sich um jeden Preis zum General-Gouverneur von Belgien begeben. Sein Oberst, an den Pat. sich zuerst wendete, sandte ihn wieder zum Brigadekommandeur; auf dem Wege dahin muß Pat. schon aufgefallen sein, denn als er andern Soldaten, denen er zufällig begegnete, seine Pläne auseinandersetzte, kamen mehrere Ärzte hinzu. „Die dachten wohl: „Der Kerl ist ja ganz verrückt!“ Ich merkte gleich, worauf es hinaus sollte, und daß man mich auf meinen Geisteszustand untersuchen wollte, und sagte: Meine Herren! Sie irren sich voll und ganz!“ Dann drang er doch bis zu dem General vor und hatte eine mehr als zweistündige Unterredung mit ihm; sachlich erhielt Pat. vollkommen recht, und es sollte alles in der Brigade so durchgeführt werden; aber damit war Pat. nicht zufrieden und kam immer wieder darauf zurück, in der ganzen Armee müsse das durchgeführt werden, und er müsse zu Exz. v. d. Goltz.

„Wir haben gerungen miteinander, über 2 Stunden lang — geistig, selbstverständlich. Aber das eine wollte er mir nicht gewähren, und so fiel ich in Ungnade!“ Nun wurde er nochmals untersucht und, offenbar in Ermangelung jeder diesbezüglichen psychiatrisch-therapeutischen Möglichkeit, wählte der betr. Kollege den Ausweg, dem Pat. ein Attest auszustellen, daß völlige geistige Gesundheit vorliege, daß aber trotzdem eine nochmalige Untersuchung nötig sei, um die Durchführung der Pläne für die ganze Armee zu ermöglichen. Damit kam dann Pat. auf meiner Abteilung ohne jede Begleitung an, nachdem er vorher einige Tage auf eigene

Faust in Brüssel gelebt hatte, um seine Ideen zu Papier zu bringen; das Resultat war ein sehr umfangreiches Manuskript, an dem er Tag und Nacht gearbeitet hatte.

Auf der Abteilung war Pat. äußerlich ganz geordnet und orientiert, nur völlig kritiklos über seine ganze Situation und von an Größenwahn grenzendem Selbstbewußtsein. Es handelte sich also um einen manisch-depressiven Mischzustand insofern, als die motorische Komponente sich nur in gesteigertem Rede- und Schreibdrang äußerte und einer gewissen temperamentvollen Lebendigkeit seines Wesens, sonst aber in gar keinem Verhältnis stand zu den beiden übrigen, enorm gesteigerten Teilfaktoren dieser Erkrankung. Seine Rede war ausgesprochen manisch, zum Teil fast ideenflüchtig, sich oft fast überstürzend, mit Zitaten, humoristischen oder schnodderigen Redewendungen, phrasenhaften und schiefen Bildern durchsetzt, zum Teil auch mit Klangassoziationen und Reihenbildungen, ebenso sein viele hundert Seiten umfassendes Manuskript: „Der Spatenkrieg, Briefe des Waldschulmeisters an seine Kameraden im Schützengraben."

„Waldschulmeister haben sie mich getauft, weil ich immer im Walde lehrte und predigte." „Ja, ich bin schon Autorität darin geworden!"

Sein ganzes Verhalten war derart, daß direkt an den Beginn einer „akuten Paranoia" [1]) hätte gedacht werden können. Nach wenigen Tagen wurde er in die Heimat überführt.

Schon am 27. 3. 15 schrieb er mir, durch praktische Arbeit sei er wieder zurückgeführt worden auf den Boden der realen Tatsachen. „Als die Heimatluft mich umwehte, die Meinen mich umringten, da wich der Druck von mir, der mich so ruh- und rastlos gemacht hatte. Da erst erkannte ich, daß ich hart am Rande des dunklen Abgrundes gewesen war, daß ich unrettbar verloren gewesen wäre, wenn Sie mich nicht auf den richtigen Weg gewiesen hätten. Dafür Ihnen meinen Dank abzustatten, schreibe ich Ihnen diesen Brief. Zugleich mögen Sie aus dem beiliegenden Heftchen entnehmen, daß ich mit der Feder mehr gewirkt habe, als ich im Schützengraben mit Spaten und Gewehr hätte schaffen können.

„Der Spatenkrieg" hat mir den Dank und die Anerkennung des Kriegsministeriums eingebracht und vom Generalkommando des IX. Armeekorps den Posten eines Instrukteurs des Rekrutenausbildungspersonals. Nun reise ich von Garnison zu Garnison und zeige an der Hand der vergrößerten Skizzen den Unteroffizieren, was sie zu lehren und zu üben haben.

Nun eine große Bitte: Ich möchte gerne Klarheit haben über meinen damaligen Zustand. Ich entsinne mich nur unklar und dunkel der Vorgänge in Brüssel. Ich weiß nicht, was Wahrheit und was Einbildung ist. Vielleicht könnten Sie meinem Erinnerungsvermögen auf die Sprünge helfen durch Übermittlung des Untersuchungsbefundes. Die Papiere über mich sind verloren gegangen — vielleicht durch meine Schuld —, da ich befürchtete, auf Grund derselben entlassen zu werden, habe ich

[1]) Vgl. auch *Kleist*: „Die Streitfrage der akuten Paranoia." Z. f. d. g. N. u. Ps. 1911, Bd. 5, S. 366.



mich in H. weggeschmuggelt in das Krankenhaus als ganz harmloser Nervenkranker. Ich wußte, daß ich der Armee noch dienen könnte, wie ich jetzt getan habe und noch tue" usw. Ich antwortete ihm vorsichtig ausweichend und sinngemäß. Im übrigen waren seine Angaben wohl richtig, denn beigefügt waren dem Briefe ein Heft der *Naumann*schen „Hilfe", Sonderausgabe Januar 1915, mit einem Aufsatze von ihm „Der Spatenkrieg" sowie der Notiz, daß dieser Aufsatz als die erste und beste Darstellung dieser Frage von sehr vielen Zeitungen in ganz Deutschland nachgedruckt worden sei, und dann lag bei eine kleine Broschüre gleichen Titels, Berlin 1915, E. S. Mittler u. Sohn. Es war das Manuskript des Pat., allerdings durch ihn selbst oder den Rat guter Freunde auf etwa ein Zehntel seines ursprünglichen Umfangs zusammengestrichen und unter Ausmerzung aller Witze usw. Nur in einigen temperamentvollen Ausdrücken und in der ganzen lebhaften Darstellung klang noch das Original hindurch.

Im Frühjahr 1919 als ich zufällig eine kleine Zeitungsnotiz: „B. 3. IV. In einem Anfalle hochgradiger Nervosität [1]), welches Leiden er sich im Kriege zugezogen hatte, machte gestern morgen der 40 Jahre alte pensionierte Stadtschullehrer Heinrich F. [2]) seinem Leben durch einen Sprung in den . . . fluß ein Ende."

Während, wie eingangs erwähnt, *Specht* als wichtigste praktische Konsequenz der chronischen Manie ihre Neigung zum Querulieren betonte, waren es bei vielen der hier geschilderten Fälle zum Teil ganz andere Erscheinungen, die sie in Konflikte brachten, Erscheinungen, die sich bei ihrer Vielgestaltigkeit scheinbar schwer unter einen gemeinsamen Nenner bringen lassen, die aber doch alle letzten Endes auf die typisch manische Symptomatologie zurückzuführen sind; und zwar ist es vor allem der Betätigungstrieb der Patienten, der im Guten oder Schlechten sich ausleben möchte, und der nun gegen irgendwelche Grenzen anrennt. Sofern dieser Drang, entsprechend einer diesbezüglichen individuellen Veranlagung, etwa in verbrecherischer Richtung wirkt, sind diese Grenzen selbstverständlich durchaus berechtigt [wohl durch Zufall befand sich kein derartiger Kranker unter meinem Material]. Oft sind es aber auch nur Schranken, die, für den Durchschnittsmenschen geschaffen, aus dem engen Zusammenleben in dem dicht bevölkerten Europa heraus entstanden, oder die im Einzelfalle auch nur vielleicht einem gewissen Büreaukratismus ihr Vorhandensein verdanken, und die an sich gar nicht einmal so ganz berechtigt sind oder gar von persönlichem Übelwollen aus Schikane als

[1]) Die übliche üble Reporterphrase. Vgl. auch meine Ausführungen in „Irrsinn und Presse." G. Fischer. Jena, 1913.

[2]) Name und Wohnort des Pat. richtig angegeben.



Vorwand benutzt werden. In solch letzterem Falle wird dann das kleine Unrecht, das der Pat. infolge der Ungunst der Verhältnisse oder eines unglücklichen Zufalles nun einmal erdulden muß, in seinen eigenen Augen sich riesengroß darstellen, sein hochgespanntes Selbstbewußtsein wird sich dagegen aufbäumen, und das querulatorische Krankheitsbild ist fertig, wie es uns *Specht* in so klassischer Weise geschildert, und wie es in der schönen Literatur in *Michael Kohlhaas* uns vor Augen steht. Doch darauf soll, wie gesagt, hier nicht mehr eingegangen werden, ebensowenig wie auf die Fälle, in denen ausgesprochen verbrecherische Instinkte durch eine chronische Manie eine besonders gefährliche Note erhalten, Fälle, die ja wohl jedem Gutachter bekannt sind. Die erforderlichen Konsequenzen ergeben sich bei richtiger Diagnose vielfach dann ja von selbst, wenn auch im einzelnen die Entscheidung manchmal nicht ganz leicht ist.

Ganz anders liegt die Sache aber bei der Mehrzahl der hier geschilderten Patienten. Die meisten von ihnen wären ohne die Sonderverhältnisse des Krieges, der sie vor ganz neue Aufgaben stellte, neue Anforderungen, neue Möglichkeiten für ihren Ergeiz, aber auch neue Konfliktsmöglichkeiten und Schranken brachte, an die sie anstießen — die meisten wären ohne alles das wohl nie in dieser Weise in psychiatrische Beobachtung gekommen. Zum Teil ist es bei ihnen ein ganz berechtigtes Bestreben, das nützlich zu verwerten manchmal gar nicht so schwer gewesen wäre, bei dem sie nur über das Ziel hinausschossen und deshalb einen an sich oft gar nicht einmal so unbedingt nötigen Widerstand fanden. Erinnert sei an die Fälle, die ich als „k. v., aber nicht g. v.“ bezeichnet hatte, und von denen einer nur aus einem gewissen Ressortegoismus, weil er ein überaus brauchbarer und intelligenter Mensch war, von seiner Dienststelle nicht losgelassen worden war. Ebenso haben die hier geschilderten Fälle 2, 3 und 6 in den engen Friedens- oder Etappenverhältnissen überall Konflikte gefunden, während sie an der Front, namentlich beim Bewegungskriege, sicherlich am Platze gewesen wären und später wahrscheinlich auch waren. Denn was solche Naturen hier in tollkühnem Draufgängertum, bei Sturmangriffen, Handstreichen oder gefährlichen Patrouillengängen zu leisten vermögen, haben sie oft genug gezeigt.

Die Probe auf das Exempel macht gewissermaßen Fall 4, der an der Front offenbar zunächst in seinem Element war (später während seines Depressionszustandes natürlich nicht mehr), ferner der alte Fremdenlegionär (Fall 35 meiner früheren Veröffentlichung), und vor allem der jetzige Fall 7, der während seiner afrikanischen Tätigkeit dem Vaterlande sicherlich sehr wertvolle Dienste geleistet hat, den man damals besser



trotz einer kleinen, später wieder ausgeheilten Myocarditis [1]) wieder hätte hinausgehen lassen, und der dann sicher ein glücklicherer Mensch geworden wäre; gerade dieser schilderte sehr charakteristisch seine Gefühle bei der Rückkehr in die engen Verhältnisse der Heimat; dann schuf er in einem verlotterten Landsturmbataillon Ordnung und Disziplin, gab sich aber schließlich die Blößen, die die Gelegenheit schufen, den unangenehmen Vorgesetzten zu beseitigen. Bis zu einem gewissen Grade war er auch hier offenbar im Recht, aber gerade die formalen Schranken waren es, an denen er sich stieß. In diesem Falle war, was vielleicht gar nicht so selten zu sein scheint, unleugbares, organisatorisches Talent mit dem chronisch-manischen Temperament verbunden, ein Talent, das, ungehindert oder in wohlwollender, verständnisvoller Weise geleitet, tatsächlich wertvolle Leistungen zu schaffen vermochte. Fall 6 hatte es offenbar ebenfalls zu nicht alltäglichen künstlerischen Leistungen gebracht und war nur durch den (allerdings vielleicht auch durch sein Temperament mitverschuldeten) Verlust seiner Stimme aus der Bahn geworfen worden; der Ingenieur (Fall 11 der früheren Arbeit) war in seiner exponierten Stellung in Dalmatien offenbar eine sehr wertvolle Kraft gewesen; auch manches der Vorschläge von Fall 4 bezüglich der mit Automobilen ausgerüsteten fliegenden spezialärztlichen Operations- und Untersuchungsabteilung war gar nicht so übel erdacht und ist vielleicht auch an anderer Stelle unabhängig davon in gleicher oder ähnlicher Weise in die Wirklichkeit umgesetzt worden; ebenso waren die Vorschläge von Fall 5 bezüglich des Pilzsammelns zwar ein recht nahe liegender, aber doch auch ganz zweckmäßiger Gedanke, die kleinen Erfindungen von Fall 3 mögen ebenfalls nicht uneben gewesen sein, und schließlich zeigt Fall 9 das gleiche Bild in noch verstärktem Maße. Überhaupt haben Fall 3, 4, 5, 8 und 9 in ihrem Zivilberufe recht Gutes geleistet.

Also bei der großen Mehrzahl der hier geschilderten Patienten positive, nicht selten direkt wertvolle Leistungen [wie ja überhaupt die manisch-depressiven Naturen auf fast allen Gebieten, in Kunst, Wissenschaft und im praktischen Leben eine große Rolle spielen], Leistungen, die zum Teil gerade durch das chronisch-manische Temperament ihre volle Stoßkraft und Entwicklungsmöglichkeit erhalten, die aber andrerseits in ihrer Brauchbarkeit für die Allgemeinheit durch ebendenselben Faktor ebenso oder noch viel mehr gefährdet sind. Dies ist, wie wir gesehen haben, namentlich dann der Fall, wenn eine gewisse Engherzigkeit oder gar Übelwollen es nicht versteht, gegebenenfalls einmal fünf gerade sein zu lassen oder gar künstlich, vielleicht mit dem Schein formalen Rechts, Schranken errichtet, die das Temperament dann zu Falle bringen. Andrerseits ist es klar, daß manche von diesen Naturen, vollkommen losgelassen, oder auch zu gewissen

[1]) Um etwas anderes dürfte es sich wohl kaum gehandelt haben, bei der späteren psychiatrischen Begutachtung war keinerlei Befund mehr am Herzen.



Zeiten der Verschlimmerung ihres Zustandes einer wissenden und, wenn nötig, energischen Aufsicht bedürfen, um nicht großes Unheil anrichten zu können. Allerdings macht es nicht selten den Eindruck, als ob jene Verschlimmerungen gerade wieder durch äußere Hemmnisse der oben geschilderten Art ausgelöst worden wären, wie in Fall 4, auch in Fall 3, 6 und 8. Bei Fall 9 waren es ebenfalls äußere Einflüsse, wenn auch natürlich anderer und unvermeidbarer Art, die die Psychose zum Ausbruch brachten.

Wir haben nun auch jetzt noch, nach Beendigung des Krieges, einen Frontdienst in der Heimat, nicht nur bei Sipo, Reichswehr oder in Oberschlesien, sondern überall da, wo es gilt, aus den Trümmern Neues zu schaffen, und zwar fast auf jedem Gebiete, auf wirtschaftlichem. sozialem, politischem und vielen andern mehr. Andrerseits sind die Verhältnisse bei uns noch viel enger geworden als vor dem Kriege, aus Gründen, über die kein Wort verloren zu werden braucht.

Aus alledem ergibt sich zunächst zweierlei: einmal wäre es zum mindesten höchst unzweckmäßig, um keinen schärferen Ausdruck zu gebrauchen, wenn man alle diese organisatorisch oder sonstwie befähigten, chronisch-manischen Naturen, deren Zahl sicherlich nicht gering ist, bei diesem neuen Frontdienst nicht auf den Platz stellen wollte, auf den sie gehören, und ihre Arbeitskraft durch veraltete Schranken einengen und damit brach legen würde. Organisation ist doch nicht zuletzt die Fähigkeit, den rechten Mann an den rechten Platz zu stellen. Und diese Temperamente sind auch hier „k. v., doch nicht g. v.“. Dies sollte niemand, der sich in leitender Stellung befindet, vergessen und hier, wenn nötig, freien Spielraum geben.

Andrerseits haben wir aber nun einmal nicht die unermeßlichen Weiten der fremdländischen Verhältnisse, es bedürfen also derartige Kraftnaturen, auch wenn sie am richtigen Platze stehen, einer beständigen, wohlwollenden, großzügigen und geschickten Beaufsichtigung und Leitung. Hier im richtigen Moment individualisierend, taktvoll und vorsichtig, aber doch wieder energisch und konsequent einzugreifen und zu bremsen, und doch dabei gegebenenfalls einmal ein Auge zudrücken zu können, das sind die Eigenschaften, die den geborenen Führer ausmachen. Dazu gehört nicht nur ein angeborenes Talent, das intuitiv das Richtige trifft, sondern auch andrerseits gerade zur richtigen Beurteilung und Behandlung solcher Naturen, wie sie hier geschildert, eine gewisse psychiatrische Erfahrung, die man beinahe zur Qualifikation für jede leitende Stellung hinzufordern müßte. Jedenfalls zeigt diese Überlegung wieder einmal mit ihrer [praktisch



natürlich undurchführbaren] Konsequenz, wie sehr auch hier psychiatrische Dinge in alle möglichen Lebensverhältnisse hineinspielen.

Diese ganzen Gedankengänge führen aber nun an einer andern Stelle zu einer weiteren äußerst wichtigen und auch praktisch möglichen Folgerung: die psychologischen Berufseignungsprüfungen gewinnen von Tag zu Tag mehr an Bedeutung in jeder Hinsicht und werden vielleicht in absehbarer Zeit nicht nur alle rein mechanischen, sondern auch die geistigen Berufe sich erobert haben. Spielen nun psychopathologische Erscheinungen (in weitestem Umfang des Wortes) schon jetzt bei diesen Untersuchungen eine noch lange nicht in ihrer Bedeutung gewürdigte Rolle, so wird dies in noch viel höherem Maße der Fall sein, wenn diese Prüfungen anfangen, die höheren Berufe sich untertan zu machen. Und wenn es nun auch vielleicht verfrüht erscheinen mag, jetzt schon exakte Tests zur Feststellung chronisch-manischer Naturen auszuarbeiten, so wird man um diese Aufgabe vielleicht doch dereinst nicht herumkommen; nicht in der Begrenzung auf diese Krankheitsform natürlich, sondern in weiterem Umfange, nämlich in einer experimentellen Festlegung der einzelnen Temperamente, wobei man, wie ich schon früher vorgeschlagen [1]), psychopathologischen Einteilungsprinzipien wird folgen müssen, also Aufstellung von manisch-depressiven (mit der Untergruppe der chronisch-manischen) Temperamente, ferner hysterischer, epileptischer, schizoider, neurasthenischer usw., eine Auffassung, die, wie es scheint, in psychiatrischen Kreisen immer mehr Anhänger gewinnt [2]). Ob dann diese psychologischen Prüfungen sich der heute schon geübten Untersuchungsmethoden bedienen werden, wie etwa der Assoziationsversuche oder Auffassungs-Aussageversuche, vielleicht auch Prüfungen der Merk- und Lernfähigkeit, Reaktions- und Wahlreaktionsversuche oder die Prüfung der Aufmerksamkeitsspannung benutzen werden, wie ich sie seinerzeit vorgeschlagen [3]), und manches andere mehr, oder ob dann noch neue, besondere Untersuchungsmethoden, Tests und Apparate erfunden werden müssen, das ist Cura posterior. Ein wichtiger Faktor bei solchen Prüfungen auf psychopathologische Erscheinungen wird einstweilen immer noch die psychiatrisch-klinische Er-

[1]) „Die Komplexforschung" (Tatbestandsdiagnostik). J. f. Ps. u. N. 15 u. 16.

[2]) S. auch z. B. *Kretschmer*, „Körperbau und Charakter". Berlin 1921. Springer.

[3]) „Untersuchungen der Aufmerksamkeitsschwankungen." A. Z. f. Ps. 71, S. 761.



fahrung des Untersuchenden bilden, da wir ja wohl nie unsere gesamte psychiatrische Diagnostik in Apparate, Kurven und Diagramme auflösen werden — in seiner Pseudoexaktheit ein gar nicht erstrebenswertes Ziel.

Aber gerade deshalb drängt sich uns gebieterisch die Notwendigkeit auf, hier uns Psychiater von den „normalen“ Psychologen nicht ins Hintertreffen drängen zu lassen auf einem Gebiete, das so sehr psychiatrischer Mitarbeit bedarf, jetzt aber schon zum großen Teil Domäne nicht ärztlich und nicht psychiatrisch gebildeter Psychologen ist.

Zwar werden unvermeidbare Fehlschläge mit der Zeit schon die psychiatrische Mitarbeit erzwingen genau wie bei dem Problem der Fürsorgeerziehung, der Kriminalpsychologie, des Gefängniswesens und in vielem anderen noch. Doch ist es nicht nötig, daß diese Zeit auf Irrwegen nutzlos vertan wird, solchen Aufwand können wir uns heutzutage nicht mehr leisten, und so wäre es sicherlich im Interesse der Sache, wenn man sich von psychiatrischer Seite mit dieser ganzen Frage der Berufseignungsprüfungen jetzt schon zu befassen vermöchte — eine weitere und vielleicht überraschende, aber doch wohl nicht so ganz fernliegende Konsequenz aus der Lehre von der chronischen Manie.



Zur Frage: innere Sekretion des Hodens und Sexualität. Psychiatrische Beobachtung von zwei Samenstrangunterbindungen an Jugendlichen.

Von

Dr. **Otto Kauders**, Sekundärarzt an der psychiatrischen Klinik (Hofrat Prof. *Wagner-Jauregg*), Wien.

Die Frage, inwieweit Aufbau und Funktion der Genitalapparate und ihrer innersekretorischen Anteile maßgebend seien für Entwicklung und Eigentümlichkeit des Sexualtriebes, insbesondere seiner psychologisch faßbaren, libidinösen Seite, inwieweit ferner manifeste Störungen des Sexualtriebes, sodann psychische Zustandsbilder und Prozesse aufzufassen seien als Endglieder einer komplexen Kausalverknüpfung, eines Parallelismus zwischen hormonaler Tätigkeit der Keimdrüsen und psychischem Geschehen, ist mit zunehmender Bereicherung der Erfahrungstatsachen auf innersekretorischem Gebiete mehr und mehr zu einem der Grundprobleme moderner, naturwissenschaftlich orientierter Psychiatrie geworden.

Ihren ersten ins Praktisch-Therapeutische gerichteten Effekt hatte diese theoretische Fragestellung in der durch die Eigenversuche *Brown-Séquards* mit dem „liquide testiculaire“ begründeten Organotherapie mit Extrakten der Keimdrüsen gefunden. Sie hatte aber seit je in einer enger umschriebenen Fragestellung — und diesbezügliches Tatsachenmaterial verweist auf die Anfänge menschlicher Gesellschaftsbildung überhaupt zurück — ihren realpraktischen Exponenten besessen in der Frage der Kastration, später der Sterilisation an Mensch und Tier. Den Impuls zur wissenschaftlichen Durchforschung und Systemisierung dieses uralten Bestandteiles menschlichen Erfahrungsbesitzstandes, soweit er die psychische Seite des Sexualtriebes und seiner Entäußerung beinhaltet, dieser Detailfragestellung nach der Kastration und ihren Folgen, ergaben erst in neuerer Zeit wiederum vielfach praktische, einerseits therapeutische, anderseits aus dem Boden der Sozialpolitik, der Eugenik erwachsende Gesichtspunkte und Einstellungen. Diesbezüglich wären Arbeiten vor allem von *Näcke* [1]), dann von *Moebius* [2]), *Krafft-Ebing* [3]), *Forel* [4]), *Aschaffenburg* [5]), *Havelock Ellis* [6]), *Löwenfeld* [7]), *Oberholzer* [8]) u. a. m. zu nennen. Der Gegensatz und die Abwechslungen der verschiedenen individuellen



und Schulstandpunkte der einzelnen Autoren in der Behandlung der Frage der Kastration und Sterilisation werden am besten in zusammenfassenden Arbeiten, von neueren etwa in der Arbeit von *Hirsch* [9]), ersichtlich.

Durch die Arbeiten *Steinachs* [10]), insbesondere durch jene, die sich mit der männlichen „Pubertätsdrüse" beschäftigen, schien die enge korrelative, auch nach Quantitätsverhältnissen abstufbare Verknüpfung zwischen innersekretorischem Anteil des Hodens, der Pubertätsdrüse, und den sogenannten sekundären Geschlechtscharakteren, unter welchen Sammelbegriff von den Autoren gemeinhin auch die psychologisch faßbare, libidinöse Seite des Sexualtriebes subsumiert wird, gegeben. Die exakte Formulierung dieser Anschauung lautete dahin, daß sich verhalte „der Grad der Männlichkeit direkt proportional der Menge vorhandenen Pubertätsdrüsengewebes." Als funktionell wirksamsten Bestandteil der Pubertätsdrüse haben wir uns nach *Steinach* die *Leydig*schen Zellen vorzustellen, eine Anschauung, die in gewissem Sinne schon durch *Ancel* und *Bouin* vorgebildet, später vornehmlich von *Tandler* und *Groß* vertreten und experimentell unterstützt worden war. Der *Steinach*schen Lehre, insbesondere soweit sie sich auf „Neubelebung der alternden Pubertätsdrüse" beim Manne durch Samenstrangunterbindung bezog, wurden bald aus den verschiedensten Gebieten der Medizin, so von chirurgischer, pathologisch-anatomischer, psychiatrischer und nicht zuletzt biologischer Seite Erfahrungen, Beobachtungen, experimentelle Nachprüfungen gegenübergestellt, die vielfach Gegensätzliches enthielten und die theoretischen Grundlagen dieser Lehre zu erschüttern geeignet schienen. Die Mehrzahl der Autoren bekannte sich hierbei im Gegensatze zu *Steinach* zu der Anschauung, daß die sekundären Geschlechtscharaktere durch den generativen Anteil, durch das Keimepithel des Hodens innersekretorisch garantiert seien. Aus der großen Zahl der hierüber vorliegenden Arbeiten seien als sich mehr mit den theoretischen Grundlagen beschäftigende die von *Romeis* [11]), *Tiedje* [12]), *Stieve* [13]), *Kyrle* [14]), *Sternberg* [15]), *Blum* [16]) genannt [1]), in bestätigendem Sinne u. a. die von *Lipschitz* [17]). Bei diesen Diskussionen blieb ein breites, wenn auch entfernt liegendes Beobachtungsmaterial beinahe völlig unberücksichtigt oder nur flüchtig berührt, so z. B. von *Levy-Lenz* und *Schmidt* [18]). Es war im Jahre 1899, als der amerikanische Arzt Dr. *Sharp* in Jeffersonville daran ging, an einer Reihe von männlichen Anstaltsinsassen einer Korrektionsanstalt aus therapeutischen Gründen, wegen sexueller Übererregbarkeit und exzessiver Onanie, die beiderseitige Samenstrangunterbindung durchzuführen. Die Erfolge dieses Eingriffes auf die Gesamthaltung und den Sexualtrieb der Patienten waren so überraschend günstige, daß diese Versuche bald auch an andern Orten der Vereinigten Staaten in größerem Maßstabe wiederholt wurden, das Anwendungsgebiet der Operation aber alsbald auch auf immer wieder rückfällige Sexualverbrecher, dann auf gemeingefährliche Gewohnheitsverbrecher, später auch auf angeborene Schwachsinnige, Epileptiker und andere Psychosen versuchsweise ausgedehnt wurde. Nach Angaben

[1]) Ausführliche Besprechung der neueren, auch ausländischen Literaturerscheinungen findet sich im Referat von *Romeis*, Kl. Wochschr. 1, Heft 19—21, 1922.

v. Hoffmanns [19]) wu de im Staate Indiana im Jahre 1907 zum ersten Male ein Gesetz eingebracht und angenommen, welches die Möglichkeit einer gesetzlichen Verhütung der Fortpflanzung unter bestimmten Kautelen in ziemlich verklausulierter Form ausspricht. Bis zum Jahre 1913 waren ähnliche Gesetze, auf deren Anwendungsgebiet hier nicht eingegangen werden kann, in 12 der Vereinigten Staaten angenommen worden. Bemerkenswert ist nur, daß die Frage der operativen Sterilisierung, die ursprünglich, wie dies auch *Hans W. Maier* [20]) in einer diesbezüglichen Arbeit erwähnt, rein therapeutische Zwecke verfolgte, unter dem Schlagworte „sterilization of the unfit" u. ä., immer mehr in den Dienst rassenhygienischer, eugenischer Bestrebungen, denen sowohl in Nordamerika wie auch in England eine einflußreiche Propaganda zur Verfügung steht, gestellt wurde, somit vor allem sozialpolitischen Zwecken diente, die sich die prophylaktische Sterilisierung gewisser asozialer und sozial unbrauchbarer Individuen mit nachweisbarer hereditärer Belastung und zu erwartender belasteter Heredität vor Augen setzte, ohne dabei körperlich oder seelisch schädigend zu wirken, ohne aber auch die primitivsten menschlichen Rechte — mit Ausnahme des der Fortpflanzung — dieser Individuen zu verletzen. Dies kommt auch in den Gesetzen über die Verhütung der Fortpflanzung durch zwangweise operative Sterilisierung mit ihrer vornehmlichen Erstreckung auf bestimmte Verbrechertypen zum Ausdruck; die Anwendung der Gesetze scheint hingegen eine durchaus laxe, ungeregelte gewesen zu sein. Das Material, das auf diese Weise der operativen Sterilisierung zugeführt wurde, ist ein erheblich großes, zahlenmäßig kaum abschätzbares und besteht zum überwiegenden Teil aus Individuen im Alter von 18—40 Jahren. Über die Wirkung dieser Maßnahme und ihre wisssenschaftliche Ausdeutung konnten aus der zugänglichen Literatur detaillierte Angaben leider nicht erhalten werden; im allgemeinen wird in diesbezüglichen Berichten übereinstimmend immer wieder auf die günstige Wirkung der Operation auf das Allgemeinverhalten der Patienten im Sinne sozialer Wiederverwendbarkeit und Haltbarkeit und auf die Sexualität im Sinne der Herabminderung eines übermäßig gesteigerten Sexualtriebes und Heilung sexueller Triebanomalien aufmerksam gemacht; in vielen Fällen war außerdem eine Rückbildung ethischer Defekte, mitunter auch eine günstige Beeinflussung psychotischer Prozesse auffällig. Üble körperliche Folgeerscheinungen der Operation fehlten gänzlich, über solche psychischer Natur wird nichts berichtet. Die Frage nach der Anwendungsmöglichkeit einer sozial so tief einschneidenden Maßnahme, wie es die einer zwangweisen, von staatlichen Organen zu verhängenden operativen Sterilisierung ist, gehört nur zum Teil in den Rahmen der vorliegenden Ausführungen, diesbezügliches soll erst später erörtert werden [1]).

Wagner-Jauregg hat, auf den amerikanischen Erfahrungen fußend und aus theoretischen Erwägungen heraus, seit dem Jahre 1915 in

[1]) Über einschlägige eugenische Fragen im Lichte moderner Vererbungslehre sei auf das Werk von *Schallmayer*, „Vererbung und Auslese im Lebenslaufe der Völker", Jena 10, verwiesen.



mehreren schweren Fällen exzessiver Onanie und eines krankhaft gesteigerten Sexuallebens, bei denen die verschiedensten therapeutischen und pädagogischen Versuche erfolglos geblieben waren und eine schwere Störung der körperlichen und geistigen Gesamthaltung eingetreten war, die Indikation zur doppelseitigen Samenleiterausschaltung — durch Vasoligatur oder Vasektomie — gestellt. Die Fälle betrafen sowohl außer ihrer Sexualanomalie geistig Gesunde als auch Hebephrene und durchaus Jugendliche nach den vollendeten körperlichen Pubertätsjahren. Über zwei dieser Fälle soll hier berichtet werden; bei dem einen Fall erstreckt sich die Beobachtungszeit über das Verhalten seit der Operation auf 7 Jahre, bei dem andern auf 3 Jahre. Soweit die diesbezügliche Literatur überblickt werden kann, sind nur wenige Fälle jüngerer männlicher Individuen, bei denen aus therapeutischen Gründen die Indikation zur Samenstrangunterbindung gestellt wurde, und bei denen eine längere Beobachtungszeit vorliegt, berichtet; bemerkenswert ist vor allem ein Fall exzessiver Onanie, bei dem durch operative Sterilisierung ein ausgesprochener therapeutischer Erfolg erzielt wurde, über welchen *Kappis* [23]), durch die Arbeiten von *Oberholzer* [8]) und *Juliusberger* [24]) angeregt, berichtet. *Lichtenstern* [25]), der chirurgische Mitarbeiter *Steinachs*, berichtet, freilich von ganz andern Voraussetzungen ausgehend, in seiner Arbeit über „die Erfolge der Altersbekämpfung beim Manne nach *Steinach*", im Jahre 1920 über 8 Fälle von jugendlichen Männern, „bei denen geringe Erotisierung wie auffallendes Nachlassen geistiger Fähigkeiten die Indikation für den Eingriff boten". Allerdings wurde die Samenstrangunterbindung nur in einem der 8 Fälle beiderseitig durchgeführt, in allen andern dagegen nur einseitig, jedoch würde sich nach den Ansichten und Ausführung *Lichtensterns* der Unterschied bei der beiderseitigen Unterbindung nur in einer Verstärkung der Wirkung der einseitigen darstellen. Es sei gleich vorweg bemerkt, daß ein therapeutischer Erfolg im Sinne der gestellten Indikation in diesen 8 Fällen nicht oder nur vorübergehend und in ganz unbedeutendem Maße zu verzeichnen war. Auch ist die Beobachtungszeit nach der Operation in den beiden hier berichteten Fällen eine erheblich längere. Bevor wir nun auf die theoretischen Grundlagen der zu erwartenden Folgeerscheinungen einer operativen Sterilisierung im postpuberalen Alter einerseits anatomischer, anderseits sexualpsychologischer Natur, sowie auch auf die gewiß auffällige Formulierung der Indikationsstellung *Lichtensterns*, die der *Wagner-Jaureggs* in gewissem Sinne diametral gegenübersteht, eingehen, seien die Krankengeschichten der beiden Fälle mitgeteilt.



Fall 1. H. J., 23 J., Geschäftsdiener. (In der Wiener psychiatrisch-neurologischen Gesellschaft, Juli 1921, vorgestellt.) Vater gesund, Mutter eine affektiv labile Person mit zwangsneurotischen Symptomen; sonst keine hereditäre Belastung. Entwicklung der frühesten Kindheit wenig auffällig; an Kinderkrankheiten nur Masern und Mumps. Nach der Volksschule besucht er das Gymnasium. Hier fällt auf, daß er schüchtern, zurückgezogen und linkisch ist. Ist versonnen, ohne rechte Initiative, fällt in zwei Gegenständen durch. Absolviert mit Mühe die Unterrealschule, nach kurzem Besuch der Handelsschule erklärt er, er sei „ganz wirr im Kopf", „es geht nicht mehr", er könne nichts begreifen. Auf ärztlichen Rat verläßt er die Handelsschule (mit 15 Jahren). Macht einen wechselvollen sozialen Entwicklungsgang durch, der ihn in immer tiefer liegende Berufsschichten führt. Ist nacheinander bei einem Zahntechniker, Optiker, Schildermaler, Buchbinder, schließlich Hilfsarbeiter in einer Holzfabrik — nirgends lange, überall mit disqualifizierten Leistungen; schließlich keine dauernde Berufsleistung mehr, nur Gelegenheitsarbeit untergeordneter Art. Im Beginne der Pubertätszeit ist er reizbar, renitent und brutal gegen die Angehörigen, später verfällt er geistig und körperlich mehr und mehr, ist teilnahmlos, menschenscheu, spricht fast gar nichts mehr. Im 14. Lebensjahr hat er zu onanieren begonnen, onaniert durch Jahre exzessiv, täglich oft 2—3 mal, verletzt dabei oft die primitivsten Anstandsregeln.

Im August 19 erste Aufnahme auf die psychiatrische Klinik. Ist dort stumpf, etwas gehemmt, eher depressiv, nur hie und da ein blödes Lächeln. Seine spärlichen Angaben bringt er in läppisch-unverständiger Weise vor. Die Masturbation gibt er zu, redet darüber ausweichend herum. Er sei vom Vater und von andern Personen gewarnt worden, er habe aber immer geglaubt, das mache nichts. Meist, nicht immer, erotische Vorstellungen beim Onanieren, eines nackten Weibes oder obszöner Bilder. Phantasien grob sexuellen Inhaltes spielen eine große Rolle, es treten aber auch spontan Erektionen auf, denen regelmäßig Masturbation folgt. Noch kein Geschlechtsverkehr, Sexualperversionen werden in Abrede gestellt. Die Intelligenzprüfung ergibt deutliche Defekte auf intellektuellem Gebiete, die Schulkenntnisse sind bis auf kleine Reste geschwunden. Körperliche Untersuchung: Mittelgroß, etwas mager, graziler Knochenbau. Verhältnis von Unter- zu Oberlänge und Extremitäten durchaus proportioniert. Genitale gut entwickelt, von normaler Größe und Konsistenz. Sekundäre Sexuszeichen: In Fettpolsterverteilung, Knochenbau, Kehlkopfentwicklung durchaus viriler Habitus. Dichtes Kopfhaar. An der Oberlippe Schnurrbart nur durch vereinzelte Barthaare angedeutet, sonst im Gesicht überhaupt keine. Achselbehaarung dürftig. Behaarung in der Genitalgegend entsprechend entwickelt, nach femininem Typus in scharfer Horizontalen abschneidend. Keine Behaarung längs der Linea alba, des Stammes, der Extremitäten. Intern und neurologisch o. B. Hauptsächlich im Hinblick auf die exzessive, durch nichts einzudämmende Onanie und ihre üblen Folgen auf die Gesamthaltung des Individuums wird von Prof. *Wagner-Jauregg* über Wunsch und Einwilligung der Eltern sowie des Pat. die Indikation zur operativen Sterilisierung gestellt. Auf einer chirurgischen Abteilung wurde in Lokal-



anästhesie die beiderseitige Vasektomie — Exzision eines 1 cm langen Stückes aus dem Samenleiter nach dessen Durchtritt aus dem Leistenkanale — durchgeführt (August 19). Im unmittelbaren Anschluß an die Operation entwickelt sich ein psychotisches Zustandsbild, das durch einen 2 Tage nach der Operation erfolgenden impulsiven Suizidversuch (Stich in den Hals) eingeleitet wird. Neuerliche Aufnahme auf die dsychiatrische Klinik. Hier ist er mangelhaft orientiert, verwirrt, ängstlich - zurückhaltend, gehemmt. Das meist stuporöse und mutazistische. Verhalten wird gelegentlich durch Bewegungsunruhe unterbrochen — er klettert und springt mit steifen Gebärden im Gitterbett herum, zeigt Haltungskatalepsie. Die Wahnideen sind vorwiegend von paranoidem Charakter, halluzinatorische und illusionistische Elemente fließen reichlich ein. Über die Inhalte der Psychose ist wegen des meist mutazistischen, ängstlichen Verhaltens erst in einem späteren Zeitpunkte durch katamnestische Angaben ein genaueres Bild zu erhalten. Charakteristischerweise fehlen in den psychotischen Inhalten wahnhafte Verarbeitungen und Verallgemeinerungen des Erlebnisses der Operation nicht. Der Gang ins Sprechzimmer wird ihm zum Gang zur Hinrichtung, Stimmen sagen ihm dabei, daß ihm das Glied abgezwickt werden solle, im Garten sind hinter den Gebüschen Marterwerkzeuge versteckt, das Geräusch der elektrischen Straßenbahn stammt von einer Kreissäge, die den Patienten die Glieder abschneidet, Geheimagenten spionieren ihn aus, er soll wegen des Onanierens gerichtlich bestraft, hingerichtet werden. Das Zustandsbild, dessen ausführliche Schilderung nicht hierher gehört, klingt nach sechswöchiger Dauer rasch ab, der Pat. wird von Tag zu Tag freier, der Angstaffekt seltener, die Zuwendung zur Umgebung wird einsichtsvoller, ja sogar interessiert. Seit der Operation sind sowohl Onanie als auch Antrieb zu masturbatorischer Betätigung, sexuelle Gedanken usw. völlig ausgeblieben; auch keine Pollutionen. Nach einem Aufenthalt von im ganzen zwei Monaten wird Pat., der seine Wahnideen voll korrigiert, entlassen. Während der ganzen zwei Monate, die unmittelbar an die Operation angeschlossen waren, wird keine auffällige somatische Abänderung, speziell keine Beeinflussung der sekundären Geschlechtscharaktere, beobachtet.

Juli 21 neuerliche Aufnahme auf die psychiatrische Klinik. Den Anlaß hierzu bilden unmotivierte Erregungsausbrüche, deren Aggression hauptsächlich gegen die Mutter gerichtet ist, mit Zerstörungstrieb, ferner allerhand alberne Streiche, in denen Wertgegenstände verschleudert oder unter dem Wert eingetauscht werden. Beim Examen ist er ruhig und geordnet, in seiner träg-euphorischen Apathie etwas schwer ansprechbar, wenig mitteilsam. Spricht leise, affektlos, manchmal etwas geziert. Hat sich in der Zwischenzeit leidlich fortgebracht, wenigstens war er während der ganzen 21 Monate in einer Stellung als Geschäftsdiener tätig. Für seine Erregungsausbrüche ist er ziemlich einsichtig, versucht nicht zu beschönigen, stellt verständlich dar. Er bekomme diese Zustände nur nach Streitigkeiten mit der Mutter, da genüge schon ein Wort; die Mutter könne wohl nicht dafür, „sie meint es vielleicht nicht so bös“, bemerkt er. Er hat aus seinen Ersparnissen Spielsachen erworben und sie dann bei Kindern gegen Brot und Zucker eingetauscht; gesteht dann zögernd, daß er sich selbst

vorher mit den Spielsachen beschäftigt habe. Er hat angeblich Interesse für Chemie, Botanik u. a., sein Hauptbestreben scheint dahin gegangen zu sein, Knallgas zu erzeugen. Äußert sich über die Dinge in kindischer Weise. Die körperliche Arbeit sagt ihm nicht zu: er möchte gerne Wärter werden, auf der Psychiatrie oder — in einer Menagerie. Die Intelligenzprüfung ergibt weitaus geringere Defekte als vor zwei Jahren. Er verfügt mitunter über erstaunliche Gedächtnisleistungen, so z. B. Rezitieren längerer lateinischer Gebete, die er gar nicht versteht; Kopfrechnen geht leidlich. Merklich mangelhaft sind die Leistungen im begrifflichen und abstrakten Denken. Über sein sexuelles Verhalten berichtet er, daß er durch 3 Monate nach der Operation überhaupt nicht onanierte, allmählich begann er wiederum in größeren Intervallen damit. Die Onanie erreichte auch nicht annähernd die Stärke wie vor der Operation, er onaniert jetzt zweimal, höchstens dreimal in der Woche, und hält sich schon seit etwa einem Jahre in diesen Grenzen. Sexuelle Gedanken und Phantasien sind überhaupt seltener geworden, drängen sich weniger auf. Spontane Erektionen wie vor der Operation, ohne sinnliche Reizadäquatheit, treten nicht mehr auf; Pollutionen fehlen nach wie vor. Die aktive sexuelle Zuwendung zum andern Geschlecht ist auch weiterhin eine schwache, wenig interessierte geblieben. Auf Anraten eines Freundes hat er es nach der Operation einmal mit dem Sexualverkehr versucht. Die Immissio penis gelang, es kam zu einer Ejaculatio praecox, der Versuch wurde nicht mehr wiederholt. Die somatische Untersuchung mit spezieller Berücksichtigung der primären und sekundären Geschlechtscharaktere ergibt ein kräftiges, normal entwickeltes Genitale, die Hoden sind durchaus von normaler Größe und prall-elastischer Konsistenz. Die Untersuchung eines frisch gewonnenen Ejakulates ergibt eine glasige, fast durchscheinende Flüssigkeit von schleimiger, fadenziehender Konsistenz und fade-süßlichem, nur entfernt an Samenflüssigkeit erinnerndem Geruch, und in allen untersuchten Proben Aspermatismus. Bezüglich des sekundären Geschlechtscharakters zeigt sich keine irgendwie bemerkenswertere Abänderung gegenüber dem Befunde, wie er unmittelbar vor und zwei Monate nach der Operation bestand. Auffällig war nur eine früher nicht bestandene straffe Fettpolsterung der Wangen. Sonst zeigen Skelett, Fettpolster, Hautdecke, Behaarung usw. die früher geschilderte Beschaffenheit, die Bartbehaarung z. B. ist ebenso mangelhaft geblieben, Pat. gibt an, er rasiere sich nur etwa einmal im Monat. Während seines Aufenthaltes an der Klinik ist Pat. zu Hilfeleistungen willig bereit, immer etwas zurückgezogen, aber ohne Konflikt mit den Mitpatienten lebend. Er drängt bald auf Entlassung, da er das untätige Anstaltsleben nicht lange aushalte, und kann nach 6 Wochen nach Hause übergeben werden.

Im März 22 stellt sich Pat. neuerlich auf der Klinik vor. Er fühlt sich ruhig und zufrieden, die Erregungszustände sind geschwunden, er ist seit seiner Entlassung von der Klinik andauernd in seinem früheren Berufe als Geschäftsdiener tätig. Bezüglich der Sexualität keine Änderung, die Onanie wird in der geschilderten eingeschränkten Weise weiter betrieben. Von Seiten der Eltern werden Angaben gemacht, daß der Pat. durch Nachlässigkeit und sonderbares Benehmen im Berufe und im Verkehr oft noch manches zu wünschen übrig lasse, der Vater wendet

wegen seiner sonderbar scheuen und zugleich kalten Art den Ausdruck „Menschenfeind“ vergleichweise auf ihn an. Über die durch die Operation bedingte Impotentia generandi zeigt er sich orientiert, er schätze diesen Verlust im Vergleich zu dem beinahe völligen Aufhören der ihn so quälenden Onanie gering ein, spricht sich sogar über seine jetzige Lage in seiner Art recht zufrieden aus, es sei so entschieden besser, wenigstens habe er jetzt „seine Ruh'“. Somatisch gegen früher keine Änderung. — —

Nach Eigentümlichkeit der Verlaufsform mit Einsetzen schwererer Störungen in der affektiven Sphäre und beginnender Defektbildung auf intellektuellem Gebiete in den Pubertätsjahren, des ferneren mit phasenmäßigem Exazerbieren als psychopathologisch anzusprechender Reaktionsformen und Persönlichkeitsveränderungen, äußerlich begleitet von einer bis zur Tiefe eines gewissen Niveaustandes langsam nach abwärts gleitenden sozialen Entwicklungslinie, wäre der mitgeteilte Fall der Dementia praecox-Gruppe zuzuordnen, und zwar einer milden, ohne wiederholte schwere Krankheitsschübe verlaufenden Form etwa im Sinne gewisser von *Kretschmer* gezeichneter schizothymer Persönlichkeitstypen. In dieses Bild würde sich auch die autistische, der Aktualität des Lebens gegenüber schwer bewegliche und schwer verstehbare Wesensart des Kranken passend einfügen, sowie sein sexuelles Verhalten, die gesteigerte exzessive Onanie der Pubertätsjahre, die nicht überwunden werden kann, das Fehlen hinreichender heterosexueller Bindungen später. Differentialdiagnostisch käme gegenüber Dementia praecox noch angeborene Imbezillität mit stark psychopathischem Einschlag in Betracht. Das im Anschluß an die Operation zur Beobachtung gelangende kurzdauernde psychotische Bild ließe ebensowohl an einen durch die Operation ausgelösten akuten Krankheitsschub als auch an eine postoperative Amentia bei einer disponierten Persönlichkeit denken. Derartige kurzdauernde psychotische, dem unsrigen ähnliche Bilder mit Verwirrtheit, akustischen Halluzinationen, wahnhafter Verarbeitung des Operationserlebnisses, wie sie sich nach der bei der suprapubischen Prostatektomie durchgeführten Samenleiterunterbindung immer wieder ereignen, werden von chirurgischer Seite mehrfach erwähnt, zusammenfassend wurde über derartige Operationsfolgen von *Weiß* [21]) berichtet.

Im 21. J. wird nun dieser Pat. wegen seit Beginn der Pubertätsjahre anhaltender, exzessiver, therapeutisch unbeeinflußbarer Onanie der beiderseitigen Vasektomie zugeführt. Der Operationserfolg — über diesen und die sich daran anschließenden Fragen soll erst im Zusammenhange mit dem zweiten Falle ausführlicher die Rede sein — ist, von dem kurzdauernden psychotischen Stadium abgesehen, als ein durchaus günstiger, und zwar langfristig günstiger zu bezeichnen, wie gleich bemerkt werden soll, ganz im Sinne der gestellten Indikation, die sich vor allem eine wirksame Beeinflussung der Onanie therapeutisch vor Augen setzte. Auch sonst sind die günstigen Wirkungen der Operation auf Intellekt und Affektivität des Pat. sowie auf das soziale Verhalten nicht zu verkennen. Pat. ist im unmittelbaren Anschluß an die Operation wieder dauernd und regelmäßig arbeitsfähig geworden. In der Wertung dieser Ergebnisse wäre naturgemäß auch auf die aus dem eben geschilderten Persönlichkeitstypus des Pat. erwachsenden autochthonen Schwankungen im Ver-

halten Rücksicht zu nehmen, doch ist auch hier die Aufeinanderfolge von Operation und Remission zu charakteristisch, als daß der ersteren nicht ein wichtiger Anteil an der Auslösung der Remission zugeschrieben werden müßte. Von einer tiefer greifenden, abändernden Wirkung der Operation auf die Gesamtpersönlichkeit, die etwa, wie vielfach berichtet, auch einen Aufschwung in moralischer Beziehung mit sich brächte, kann allerdings nicht gesprochen werden. Was die Sexualität anlangt, die dem Tiefniveau des Pat. entsprechend inhaltlich einförmig, intellektuell und emotional wenig verarbeitet, wenig differenziert ist, so ist eine deutliche und zwar dauernde Herabminderung derselben, sowohl was Libido als auch Potenz anlangt, zu konstatieren. Die inneren und äußeren sexuellen Reizerlebnisse sind viel seltener geworden, treten weniger intensiv auf, die Perioden dauernder sexueller Übererregung mit Spontanerektionen sind gänzlich geschwunden, der Antrieb zu sexueller, bei unserem Pat. masturbatorischer Betätigung tritt nur mehr selten und weniger impulsiv auf. Bemerkenswert ist aber auch bezüglich der Sexualität, daß die psychosexuellen Komponenten derselben durch die Operation in ihren Grundzügen nicht abgeändert, nur in ihrer Intensität, quantitativ, herabgemindert wurden — es sind dieselben Phantasien geblieben, in denen er sich ergeht, es sind dieselben Reizmomente, denen er entspricht, die autistische Rolle in der Sexualität mit Fehlen heterosexueller Bindungen wird beibehalten.

Eine irgendwie auffällige Beeinflussung der somatischen sekundären Geschlechtscharaktere war, wie schon bemerkt, nach der Operation nicht zu beobachten. Ein besonderes Interesse gewinnt der Fall jedoch dadurch, daß bei dem Pat. ein bestimmter sekundärer Geschlechtscharakter, nämlich die Behaarung, mangelhaft ausgebildet war. In der Heredität ergaben sich hierfür keine Anhaltspunkte, Pat. stammt sowohl väterlicher- wie mütterlicherseits aus Familien ohne besondere Behaarungsanomalien. Hierbei kan es bei der Beurteilung dieser Behaarungsanomalie des Pat. irrelevant bleiben, ob man die Behaarung als unterentwickelt ansprechen oder ob man in ihr einen femininen Einschlag im somatischen sekundären Sexualhabitus, etwa im *Hirschfeld*schen [22]) Sinne, erblicken will, jedenfalls wäre nach den *Steinach*schen Ansichten von einer mit der durch die Operation gesetzten weitgehenden Destruktion des generativen Hodenepithels parallel gehenden mächtigen Wucherung der Pubertätsdrüse eine wirksame Beeinflussung der sekundären Geschlechtscharaktere, somit auch der Behaarung, auf deren Beeinflußbarkeit im Sinne eines gesteigerten Wachstums *Steinach* in seinen Experimenten besonders hinweist, zu erwarten. Dieselbe ist, wie die Krankengeschichte zeigt, in diesem Falle ausgeblieben, die Behaarung blieb auch nach der Operation in unterentwickeltem bzw. anomalem Zustande. Ohne auf dieses Detailproblem näher einzugehen, sei nur auf die interessante, von *Tandler* [26]) vertretene Anschauung verwiesen, daß viele der sogenannten sekundären Geschlechtscharaktere ursprünglich Artcharaktere überhaupt seien, die erst im Laufe der Stammesentwicklung zu Geschlechtscharakteren umgewandelt werden, daß ferner speziell bezüglich des männlichen Bartes als sekundärer Geschlechtscharakter eigentlich nur sein frühzeitiges Auftreten sowie Form und Verteilung zu betrachten seien. Jeden-



falls dürfen wir sagen, daß in unserem Falle der nach *Steinach* zu erwartende postoperative innersekretorische Schub bei einem auch nach der Pubertät unterentwickelten sekundären Geschlechtscharakter, in dem sich eine Ausbildungssteigerung besonders auffällig hätte zeigen müssen, nicht imstande war, die gegebenen Verhältnisse irgendwie abzuändern.

In kurzen Worten zusammengefaßt stellen sich die Operationsfolgen in diesem Falle als die folgenden dar: Weitgehende und dauernde Besserung, praktisch genommen Heilung der bestandenen exzessiven Onanie, Herabminderung der Sexualität, sowohl ihrer psychosexuellen Seite als auch ihrer triebhaften Entäußerung, Stabilisierung des sozialen Verhaltens auf einem gewissen mittleren Stande, Besserung in intellektueller und affektiver Hinsicht; keine Beeinflussung der somatischen sekundären Geschlechtscharaktere. Inwieweit dieses Resultat mit bestehenden Erfahrungen und Anschauungen in Vergleich zu setzen ist, soll im Anschluß an einen weiteren Fall erörtert werden.

Fall 2. J. G., 25 J., Akademiker. Heredität ohne Belang. Hat eine gedrückte Kindheit durchgemacht. Frühzeitig macht sich eigensinniger, etwas boshafter, selbstischer Charakter bemerkbar. Ist leicht aufbrausend, jähzornig, zeigt für den Verkehr mit Gleichaltrigen wenig Verständnis, ist ungesellig. Körperlich von normalem Entwicklungsgang und außer Kinderkrankheiten immer gesund. In der Schule von guter Auffassung, interessiert, lebendig, lernt aber nur soviel, als nötig ist, um aufzusteigen. Besucht die Mittelschule, wird dort „ein rechter Lausbub" — „Fensterscheiben einwerfen war an der Tagesordnung". Ungemein rauflustig, aus Angst vor Strafe wegen seiner Delikte bleibt er oft tagelang vom Hause weg. Wird einmal relegiert. Sexuelle Frühreife; er erinnert sich deutlich an Erektionen im Alter von etwa 9—10 J. Er schwärmte damals für ältere Mädchen, sucht sie zu küssen und läßt sich von ihnen liebkosen, hat dabei oft Erektionen. Mit 11 J. belauscht er den Sexualverkehr seiner verheirateten Schwester; seit dieser Zeit brennendes Interesse für Sexuelles. Wird sexuell aufgeklärt, ohne daß das Nachgrübeln über sexuelle Dinge dadurch beeinflußt würde; er reproduziert die erlebte Szene in bestimmten, lustbetonten, immer wieder provozierten Phantasien, in denen er als der männliche Teil figuriert, die Schwester aber durch irgendeine weibliche Bekannte oder Romanfigur ersetzt wird. Mit 12 J. fragt ihn die Mutter, ob er aufregende Träume habe, macht ihn durch Andeutungen auf seine Pollutionen aufmerksam. Er beginnt nun bewußter phantastisch zu agieren, sehnt sich nach Pollutionen. Bald darauf, mit 12 J., Anleitung zur Onanie durch einen Gleichaltrigen, Ansätze zu mutueller Onanie, die aber bald zurückgewiesen wird. Die Onanie wird nun bis zum Alter von 18 J. in immer steigendem Maße weiter betrieben. Mit 16 J. erster Geschlechtsverkehr, sucht dann etwa allmonat-



lich Prostituierte auf, erweist sich im Sexualverkehr angeblich sehr potent. Das letzte Mittelschuljahr bringt einen in körperlicher und geistiger Beziehung gleich stark merkbaren Verfall, vielfach Klagen über die bekannten subjektiven körperlichen Beschwerden als Folgeerscheinung der Onanie. Dabei mehr und mehr Stumpfheit, Indolenz auf der einen, Reizbarkeit, Hemmungslosigkeit auf der andern Seite. Er beginnt dem Alkohol zuzusprechen — den Anlaß hierzu bildet eine Pennälerverbindung —, zu Hause ist er verdrossen, zurückgezogen; Krawalle, Szenen mit unmotivierten Wutausbrüchen folgen sich immer häufiger. Das Onanieren erfolgt triebhaft, meist 2—3 mal am Tage; innere und äußere Hemmnisse, therapeutische Beeinflussung, von den primitivsten Maßregeln (z. B. Fixierung der Hände abends vor dem Einschlafen) angefangen, vermögen eine Änderung nicht herbeizuführen. Die fortgesetzte Masturbation wird als quälende Schande empfunden, der Kampf gegen sexuelle Gedanken, die sich vornehmlich in Gestalt hypnagoger sexueller Phantasien aufdrängen, wird immer wieder aufgenommen und erfolglos geführt. Nach und nach werden die Selbstvorwürfe schwächer, machen einer stumpfen Resignation Platz, die Lektüre besteht nach Angabe des Pat. um diese Zeit ausschließlich aus „wissenschaftlichen Werken", die irgendwie Sexuelles berühren, oder aus lasziven Romanen. Er besteht die Reifeprüfung mit Mühe, von da ab zeigt die Entwicklungslinie einen weiteren raschen Abstieg. Er zeigt für nichts mehr Interesse, ist ganz auf sich bezogen, in seinen Beschäftigungen auf kindische Liebhabereien zurückgreifend, versucht Pulver zu erzeugen, ein „Uhrwerk mit ununterbrochenem Gange" zu konstruieren. u ä. Eine Hehlung gestohlenen Gutes bringt ihn mit Polizei und Strafgesetz in nahe Kollision. Schließlich wird er — faute de mieux — in eine Kadettenschule gebracht, aber auch von dort wegen der bald entdeckten exzessiven Onanie bald entlassen. Die verzweifelten Eltern entschließen sich endlich über Indikationsstellung Prof. *Wagner-Jaureggs* zur Samenstrangunterbindung, zu der der Pat. seine Einwilligung gibt. Der Eingriff wird November 15, im 19. J. des Pat., auf einer chirurgischen Abteilung vorgenommen, und zwar wird unter Lokalanästhesie die beiderseitige Samenstrangunterbindung vor dessen Abgang in den Nebenhoden vorgenommen. Der Erfolg der Operation war ein in allen Belangen überraschender. Zunächst wird somatisch in den an die Operation sich anschließenden Monaten ein unverkennbares „Aufblühen", wie die Angehörigen es benennen, des Gesamtorganismus bemerkbar, vor allem eine erhebliche Zunahme des Längenwachstums, eine quantitative Zunahme der Muskulatur, die typisch virile Verteilung annimmt, Bartwuchs und Körperbehaarung werden üppiger, der ganze Habitus imponiert als der eines kräftig entwickelten, jugendlichen männlichen Individuums mit den entsprechenden Reifezeichen. Eine Konsolidierung des Charakters, wenngleich derselbe in seinen Grundzügen völlig ungeändert bleibt, macht sich geltend im Sinne ruhigerer, zielbewußterer Haltung; an Stelle impulsiver Triebhandlungen und ungehemmter affektiver Reaktionen treten vielfache Hemmungen, aus gedanklichen Einstellungen erwachsende Handlungen, die Zuwendung zu aktuellen Problemen wird normalmäßig. Die Onanie hat seit der Operation mit einem Schlage ausgesetzt. Dabei besteht das Bedürfnis zu onanieren, wie der Pat. ausdrücklich bemerkt, unverändert



weiter. Genitalsensationen machen sich bemerkbar, zunächst verhindert aber der mit der Erektion auftretende postoperative Schmerz die Ausübung der Onanie. In der Fülle der sich ihm aus seiner veränderten Einstellung aufdrängenden Erlebnisse und Erlebensarten „vergißt" er schließlich die Onanie; dieselbe wird auch in späteren Jahren bis zum jetzigen Zeitpunkte nur mehr ganz ausnahmsweise betrieben. Frühjahr 16 rückt er zum Militär ein, im Zusammenhang mit etwas ungebundenen Verhältnissen stellen sich dabei wieder sexuelle Gedanken ein. „Es ist aber nicht mehr dasselbe wie früher", meint er, die sexuelle Appetenz hat entschieden abgenommen, vorherrschend ist dagegen das Gefühl, „seine Kraft zu beweisen". Er knüpft verschiedene sexuelle Beziehungen an; hat sich dabei über seine sexuelle Potenz „nicht im geringsten zu beklagen", zeigt sich, angeblich, auch starken sexuellen Anforderungen ohne Anstand gewachsen. Es fällt ihm beim Sexualverkehr auf, daß die Zeit bis zum Auftreten der Ejakulation verlängert ist, das Ejakulat selbst sich als klebrige, beinahe durchsichtig helle Flüssigkeit darstellt, ferner daß der Orgasmus mit einem verminderten Lustgefühl begleitet ist. Es fällt ihm aber auch auf, daß sich gewisse sadistische Neigungen, zu denen er ähnliches nur aus sehr frühen Kindheitserinnerungen zu berichten weiß, geltend machen, die sich immer mehr verstärken. Er sucht Gelegenheit, Tiere zu quälen, schüttet z. B. auf die Hühner bei der Fütterung heißes Wasser, treibt allerhand boshaften Schabernack, befestigt unter dem Schweif des Reitpferdes des Obersten eine Stecknadel, die das Tier malträtiert u. ä. m. Im Dienste ist er „sehr scharf", schikaniert die Mannschaft, wobei er sich dessen bewußt ist, daß diese Schikanen nicht ausschließlich aus dem Boden des Dienstinteresses erwachsen. Die sadistischen Tendenzen beziehen sich auch auf den Sexualverkehr selbst, er möchte dabei die Mädchen schlagen, besonders würgen. Im Familienbade stellt er die Tochter einer angesehenen Familie, mit der er eine Sexualbeziehung angeknüpft hat, in recht diffamierender Weise in eingestanden sadistischer Absicht dem allgemeinen Spotte bloß. An die Front abgerückt, tritt auch bei ihm Sexualität und sexuelles Interesse stark in den Hintergrund. Er ist bei den Untergebenen nicht beliebt, aber tapfer, erhält hervorragende Auszeichnungen. Während besonders aufregender, gefährlicher Situationen, im Trommelfeuer, im Nahkampfe, will er mehrfach Erektionen, einmal sogar eine Pollution an sich beobachtet haben. Nach einer abenteuerlichen Flucht aus italienischer Gefangenschaft stellen sich bei ihm Erregungszustände und Krampfanfälle ein, die sich nach der Schilderung mit ziemlicher Sicherheit als hysterische darstellen. Er macht die übliche Spitalswanderung durch, wird mehrfach, auch von fachärztlicher Seite, begutachtet und schließlich mit Neurasthenie unmittelbar vor dem Umsturz superarbitriert. In zivile Verhältnisse zurückgekehrt, beendigt er rasch sein Hochschulstudium. Bezüglich des sexuellen Verhaltens macht sich der „Drang nach Abwechslung", wie es der Pat. nennt, geltend. Die rasch wechselnde Zuwendung zu den verschiedenen Liebesobjekten geschieht wie zwangweise, dabei ist er nicht gerade wählerisch, er sieht überall sexuellen Reiz und meint ihn überall zu finden, um sich ebenso rasch, in seinen Sexualerwartungen getäuscht und unbefriedigt, wieder zurückzuziehen. So geht es durch längere Zeit fort; die Berichte



des Pat. über dieses sein Don-Juantum, besonders in Hinblick auf die dabei angeblich entwickelte außerordentlich starke Potenz, haben etwas Übertriebenes, Renommistisches an sich. In dieser Hinsicht gepflogene Erkundigungen, die sich naturgemäß in den durch die Natur der Sache gezogenen Grenzen halten mußten, ergaben jedoch im Groben die Richtigkeit seiner Angaben.

Im Herbst 21 stellt sich Pat. zu Nachuntersuchung auf der Klinik ein. Aus dieser und weiteren Untersuchungen sowie aus Mitteilungen der Angehörigen ergänzt sich die mitgeteilte Krankengeschichte. Im Gespräche ist er ruhig, etwas polternd, von sicherer Führung, gelegentlich etwas unterstrichen selbstgefällig. Es entrollt sich im übrigen das schon flüchtig skizzierte Bild einer affektiv labilen, intellektuell etwas eng umgrenzten Persönlichkeit, in dem psychopathische Züge eine wesentliche Rolle spielen. Er neigt auch jetzt noch zu Affektausbrüchen, ist „für sein Alter noch etwas kindisch", auch jetzt noch stets zu Streichen bereit, die manchmal der Bösartigkeit nicht entbehren. Sein Verhältnis zu den Angehörigen ist kein gutes zu nennen, in der beruflichen Tätigkeit ist er brauchbar und zielbewußt, aber etwas wechselvoll. Bezüglich des sexuellen Verhaltens ist insofern eine Art Stabilisierung eingetreten, als er eine dauernde sexuelle Beziehung angeknüpft hat und den Sexualverkehr ziemlich regelmäßig, in kurzen Intervallen, ausübt. Bezüglich der geschilderten Beobachtungen und Erfahrungen des Pat. beim Sexualverkehr seit der Operation, ebenso wie bezüglich der Verminderung der Lustbetonung desselben ist keine Änderung eingetreten. „Dabei ist immer so ein Gefühl der Spannung in mir, ich hab' oft eine unbeschreibliche Sehnsucht in mir, ich weiß selbst nicht, nach was, vielleicht nach etwas Sexuellem, aber es befriedigt mich ja doch nichts ..."; dies das Thema, das in den Erörterungen des Pat., vielfach variiert, immer wiederkehrt. Der Gedanke, keine Nachkommenschaft zeugen zu können, könne es nicht sein, meint der Pat., diesen empfinde er alles eher als drückend, und begründet dies in den schwierigen sozialen Verhältnissen. Doch könne er sich darum nicht gerade als unglücklichen Menschen bezeichnen; den Problemen des Lebens und der Sexualität steht er unbefangen, ohne Empfindlichkeit gegenüber. Dem Gefühl der Spannung sucht er durch Zerstreuungen, Theater- und Kinobesuch zu begegnen, allerdings oft ohne rechte Wirksamkeit. Zur Onanie kommt es nur mehr ganz ausnahmsweise. Die nach der Operation beobachteten sadistischen Gedanken und Impulse, die gelegentlich, besonders beim Sexualverkehr, auch zur Auswirkung kommen, bestehen noch, wenn auch in etwas abgeschwächtem Maße. Die somatische Untersuchung ergibt: Groß (1,82 m), von grazilem, durchaus viril proportioniertem und konfiguriertem Knochenbau. Fettpolster spärlich, typisch lokalisiert. Skelettmuskulatur außerordentlich gut entwickelt und kräftig. Sonstige sekundäre Geschlechtscharaktere (Bart- und Körperbehaarung, Kehlkopfknorpel usw.) durchaus der normmäßigen Entwicklung und dem Sexus entsprechend. Das Genitale ist kräftig entwickelt, der Penis von normaler Größe und Konsistenz, die Hoden eher etwas klein, aber prall-elastisch ohne irgendwelche Zeichen einer Atrophie. Eine Ejakulatuntersuchung ergab auch hier Aspermatismus.

Die weitere Beobachtung des Falles ergibt keine wesentliche Änderung. — —

Wir haben es mit einer intellektuell mittelmäßig begabten, affektiv labilen Persönlichkeit mit starkem psychopathischen Einschlage, der immerhin höchstens die Anlehnung an bestimmte psychopathologisch faßbare Persönlichkeitstypen gestattet, zu tun. Es besteht auch eine gewisse Hysteriefähigkeit, die gelegentlich einer Reihe stark beeindruckter Erlebnisse im Kriege zum Ausdruck kommt. Eine wichtige Rolle kommt dem starken Erleben und aktuelle Einstellungen überflutendem Sexualtrieb zu. Es besteht sexuelle Frühreife, die ersten Erektionen werden als aus dem 9. und 10. J. stammend angegeben. Die Sexualität im sicher präpuberalem Alter zeigt schon die Charakteristika der Pubertätssexualität, lebhafte Sexualneugier, sinnliche Schwärmerei, Tagträumerei mit sexuellen Inhalten usw. Im 12. J. treten gleichzeitig mit der vollen Ausbildung psychischer Pubertätserscheinungen häufige Pollutionen auf, kurz darauf Onanie, die bald zu einer exzessiven wird. Die Onanie bleibt trotz gelegentlich ausgeübten Beischlafes, der erste fällt in das 16. J., bis zur Operation, also bis zum 19. J., in exzessivem Ausmaße, täglich und mehrmals täglich betrieben, bestehen. Die Inhalte der Masturbationsphantasien sind im Gegensatze zur früheren Phase typisch und monoton, ein differenzierteres sexuelles Erleben fehlt. Im Laufe der Jahre macht sich ein zunehmender Persönlichkeitsverfall geltend. Abschwächung der intellektuellen Leistungen und Arbeitsunlust, Zurückbleiben auf kindlicheren Stufen, Fehlen dem Alter entsprechender Orientierungen und Hemmungen, auf affektivem Gebiete Neigung zu abnormen Reaktionen und Entladungen; dabei werden psychopathische Züge manifest, Herumvagieren in schlechter Gesellschaft, kleinere Eigentumsdelikte, Neigung zum Alkoholismus usw.; für das Berufsleben erweist sich Pat. als völlig ungeeignet.

Im 19. Jahre wird nun bei dem Pat. die beiderseitige Vasoligatur durchgeführt, und auch in diesem Falle war der Erfolg ein ganz überraschender. Zunächst — die Onanie ist völlig geheilt, sie bleibt auf viele Jahre aus und wird im späteren Leben nur mehr ganz ausnahmsweise ausgeführt. Bevor wir auf die übrigen Operationsfolgen eingehen, sei dieses Teilresultat, auf dessen Erreichung wie im ersten Falle die Indikation zuvörderst hinzielte, kurz erörtert.

Es ist schon früher erwähnt worden, daß mit der beiderseitigen Samenleiterunterbindung eine weitgehende Schädigung und Destruktion des samenbildenden Keimepithels gegeben ist. Ergänzend wäre zu sagen, daß nach zahlreichen im Tierexperiment beim Unterbindungsversuch gewonnenen Erfahrungen, so z. B. von *Tiedje* [12]), *Romeis* [11]), *Steinach* [10]) selbst, der hierbei sich abspielende Vorgang der ist, daß es nach einer ganz kurz dauernden Phase der Sekretstauung in den Samenkanälchen durch den stetig anwachsenden intratubulären Druck rasch zur Inaktivitätsatrophie, schließlich Zerfall der samenbildenden Epithelzellen kommt. Gleichzeitig mit dem zunehmenden Abbau des Keimepithels setzt eine hypertrophierende Wucherung der Hodenzwischensubstanz, die nun die



generative Substanz an Mächtigkeit übertrifft, ein. Dieser histologische Befund war es vor allem, der den verschiedensten Auffassungen begegnete; während *Kyrle* [14]), auf dessen Auffassungen wir später noch zurückkommen möchten, hierin im wesentlichen einen reparatorischen Vorgang erblickt, *Sternberg* [15]) die Möglichkeit einer kompensatorischen Wucherung an Stelle untergegangenen Hodenparenchyms annimmt, spricht sich *Steinach* [10]) für eine Wucherung der inkretorisch wirksamen Pubertätsdrüse aus. Übrigens ist auch der Befund der Quantitätszunahme der Zwischensubstanz nach der Unterbindung keineswegs unwidersprochen geblieben und wie jeder einzelne Punkt der Unterbindungslehre vielfach erörtert worden. So weist z. B. *Romeis* [11]) mit Recht auf die Unmöglichkeit der Erhebbarkeit solcher Befunde aus histologischen Bildern allein hin und versucht durch exakte Messungen nachzuweisen, daß die Quantitätszunahme der Zwischensubstanz gegenüber der generativen nur eine scheinbare ist; desgleichen sei auf die Befunde von *Stieve* [13]) am Dohlenhoden verwiesen. Auf die degenerative Phase des Keimepithels folgen dann regeneratorische Vorgänge, die beim alten Hoden meist in den Anfängen stecken bleiben, beim jugendlichen Hoden, dessen Wachstumsenergien noch nicht erschöpft sind, hingegen im Verlaufe von Monaten zur völligen Restitution des Keimepithels, zur vollen Ausbildung der Spermatogenese führen. Dem neuerlichen Auftreten des Kreislaufes zwischen Samenstauung, Degeneration und Regeneration steht nach *Tiedje* [12]) die Ausbildung einer Spermatozele, etwa in den untersten Kanälchen des Nebenhodens, entgegen. Grundsätzlich sind auch in unserem ersten Falle, bei dem nicht Vasoligatur, sondern Vasektomie angewendet wurde, die oben geschilderten Vorgänge und Veränderungen in der Hodensubstanz zu erwarten; wir müssen mit *Romeis* gegen *Bolognesi* [27]) einen baldigen obliterierenden Verschluß des durch die Operation geschädigten Samenleiters und somit Ausbildung der oben geschilderten Phasenaufeinanderfolge annehmen. Dafür, daß es sich auch in diesem Falle, allgemein gesprochen, um tiefergreifende Veränderungen in der Hodensubstanz handeln muß, spricht auch die starke Allgemeinreaktion des Pat., die sich unter anderem auch in dem auf die Operation folgenden psychotischen Schube kundgibt.

In der Tatsache des weitgehenden Zerfalles des Keimepithels und des Aufhörens der Spermatogenese im Anschluß an die Operation möchten wir in unseren beiden Fällen zunächst sozusagen die organische Grundlage für den Heilerfolg bezüglich der Onanie erblicken. Mit dem zeitweiligen Aufhören der Spermatogenese kommt auch der von der ständig mit reichlichem Sekret gefüllten Keimdrüse ausgehende Reiz, der ja speziell von den älteren Autoren zum Teil mit Recht vielfach zur Erklärung der jugendlichen Onanie herangezogen wurde, und der auf unmittelbarem Wege die Gesamtsexualität im Sinne der Steigerung beeinflußt, in Wegfall. Ohne Frage kommen aber für die Erklärung der Heilung der Onanie noch eine Reihe weiterer Momente in Betracht, die insgesamt in der körperlichen Reaktion auf das Opera-



tionserlebnis und in der seelischen Verarbeitung desselben liegen. Da wäre zunächst der körperliche Schmerz zu nennen; der zweite unserer Pat. hat angegeben, daß nach der Operation das Bedürfnis zu onanieren wohl vorhanden gewesen sei, daß aber der bei Erektionen auftretende körperliche Schmerz in der Operationswunde die Ausübung der Onanie immer wirksam verhindert habe.

Nach der *Moll*schen Nomenklatur [28]), die sich zur beschreibenden Erfassung von Sexualstörungen manchmal ausgezeichnet eignet, wäre also bei diesem Pat. der Detumeszenztrieb, der Drang, an den eigenen Genitalien eine Veränderung herbeigeführt zu sehen, wohl vorhanden, nur in seiner Auswirkung gestört. Welchen starken, nicht nur suggestiven, sondern auch in die gewöhnlichen sexualpsychologischen Abläufe gleichsam eine Zäsur setzenden Einfluß das Operationserlebnis als solches für die psychologische Verarbeitung der Pat. haben muß, zeigt recht deutlich auch die wahnhafte und halluzinatorische Bearbeitung desselben in dem akuten postoperativen psychotischen Schube des ersten Falles. Die Operation wird hier zur Kastration umgedeutet, deren sich das onanistische Schuldgefühl sozusagen als Idealstrafe bedient, und die in halluzinatorischer und illusionistischer Verarbeitung, als bedrohende Stimmen, als Marterwerkzeuge, die des Pat. warten, in ihrer Reproduktion immer wieder angedeutet erscheint. Mit der einmaligen und zwar auf längere Zeit sich erstreckenden Unterbrechung der habituellen Onanie, aus welchen Gründen immer sie nun erfolgen mag, ist aber, wie auch die Krankengeschichten unserer beiden Fälle zeigen, ein bedeutsamer Schritt zur Dauerheilung der Onanie getan. Mit dem Aufhören der Selbstbefriedigung, die einen deutlich autistischen Zug an sich trägt, sind ferner eine Reihe bisher neuer Einstellungen und Erlebensmöglichkeiten, nicht nur auf Sexuelles sich beziehend, gegeben. Die Sexualität als solche gewinnt sozusagen Zeit, sich nach neuen Orientierungen zu richten, neue Bindungen aufzusuchen. In dem Strom dieses neuartigen Erlebens geht die Selbstbefriedigung durch Onanie, die ja einer schon überwundenen Stufe der Sexualentwicklung angehört, unter — sie wird gleichsam vergessen. Für die weitere Entwicklung sind von da ab individuell verschiedene Möglichkeiten gegeben. Wenn gewisse Trieb- und Persönlichkeitsmomente dafür sprechen, kann die Onanie sogar, wie im ersten Falle, in bedeutend verringertem Umfange, die ja der Abschwächung der Sexualität in diesem Falle überhaupt entspricht, wieder aufgenommen werden, in den meisten Fällen wird sich, wie in unserem zweiten Falle, eine komplete Dauerheilung der Onanie einstellen.



Wir kehren nun zu den weiteren Operationsfolgen des zweiten Falles zurück. Auch hier ist ein merklicher Persönlichkeitsaufschwung zu konstatieren, der, wie eben ausgeführt, nicht zuletzt auf Rechnung der Unterbrechung bzw. Heilung der Onanie zu setzen ist; man kann sagen, daß mit der Operation für den Pat. eine neue Entwicklungsphase in geistiger wie sexueller Hinsicht beginnt. Zwar die Gesamtpersönlichkeit in ihren Grundzügen, ihrer charakterologischen Ausprägung bleibt ungeändert; immerhin ist zu bemerken, daß das psychopathische Moment nach der Operation stark in den Hintergrund tritt, daß der Pat. erst nun sich nach einem Berufsstudium umsieht und dasselbe nach der Kriegsunterbrechung auch beendigt. Auch in dem ungeregelten, vielfach entsprechender Hemmungen ermangelnden affektiven Verhalten ist eine Besserung, eine Art Stabilisierung eingetreten, die das Auftreten abnormer Affektreaktionen zur Seltenheit macht, die in diesem Falle weit über die Pubertätszeit hinaus gereicht hatten. Zur ausführlichen Darstellung des Verhaltens der Sexualität nach der Operation wäre eine eingehende psychologische Analyse, auf die hier verzichtet werden muß, erforderlich. Auf das Verhalten, die Heilung der Onanie, wurde schon eingegangen. Es läßt sich nicht ohne weiteres entscheiden, ob die Sexualität nach der Operation in ihrer Gesamtheit als abgeschwächt zu bezeichnen wäre, jedenfalls verhält sie sich in eigentümlicher Weise abgeändert. Auch in der Deutung dieser Erscheinungen wird man sich nicht ausschließlich auf eine Korrespondenz mit einem anzunehmenden innersekretorischen Schub zu beziehen haben, auch die aus der Operation erwachsenden maßgebenden psychologischen Einstellungen werden nicht zu vernachlässigen sein. Der Kranke verhält sich nach einer ganz kurzen postoperativen Phase, in der die Sexualität ausgeschaltet erscheint, ungefähr wie ein an uneingestandenen Zweifeln an der eigenen Potenz Leidender. Sexualbeziehungen werden zahlreich aufgesucht und wieder aufgegeben, dabei erscheint die autistische Rolle in der Sexualität, die sich in sexuellen Tagträumereien und Erektionsphantasien ergeht, aufgegeben, das sexuelle Erleben ist mannigfaltig, die Appetenz zu heterosexuellen Bindungen eine große. Der Sexualverkehr wird zwar libidinös begehrt, seine Lustbetonung ist aber deutlich vermindert, er dient eigentlich dazu, um eigene Insuffizienzgefühle zu überdecken, er dient dazu, die eigene Potenz sich immer wieder zu exemplifizieren, vor sich selbst und andern als voll potent dazustehen, es handelt sich darum, wie der Pat. es ausdrückt, „seine Kraft zu beweisen". Auch hier wäre wieder wie im ersten Falle auf die psycho-



logischen Folgen des Operationserlebnisses selbst hinzuweisen, das irgendwie als traumatisches erlebt zu werden scheint. Dem psychosexuellen Verhalten steht somatisch eine nach den Angaben des Pat. scheinbar ungestörte Potenz nach der Operation gegenüber, jedoch ist nicht nur die Lustbetonung des Sexualverkehres vermindert, sondern dieser selbst erscheint gestört, die Erektionsfähigkeit herabgesetzt. Bemerkenswert ist das Auftreten sadistischer Impulse und Betätigungen, die der Pubertätssexualität durchaus fremd geblieben waren, und zu denen Pat. Analogien nur in sehr frühen Kindheitserinnerungen findet, nach der Operation; sie beziehen sich zumeist deutlich auf Sexuelles, machen sich aber auch im Allgemeinverhalten geltend. Es sei gleich betont, daß es sich hier um ganz allgemein verständliche Zusammenhänge, deren Aufdeckung allerdings der Psychoanalyse zu danken ist, handelt; der Verminderung der Lustbetonung des Sexualverkehres selbst entspricht der Versuch, diese Einbuße an Sexuallust in andern sexuellen, unter Umständen pervertierten Betätigungsformen, hier im Sadismus, wiederzufinden, als Gegenstück zu unserem Falle wäre etwa auf das Auftreten sexueller Triebanomalien und Perversionen bei seneszenten Individuen, wo ähnliche Zusammenhänge vorliegen, hinzuweisen. Nach der *Freud*schen [29]) Lehre würde man hier von einer Regression der Libido auf eine infantile, auf die sadistische Stufe der Sexualentwicklung zu sprechen haben. Nach einer neuerlichen längeren Phase des Zurücktretens der Sexualität, durch die Kriegsjahre bedingt, zeigt sich das sexuelle Verhalten ungefähr auf derselben Stufe wie in den unmittelbar an die Operation angeschlossenen Monaten. Nach und nach wird aber Pat. auch mit dieser Phase nur scheinbar gesteigerter sexueller Appetenz fertig, der durch die Operation bewirkte Umschwung in der Sexualität macht sich nur mehr in Fernwirkungen bemerkbar, das sexuelle Verhalten wird zu einem endgültig stabilisierten. Auch in dieser stabilisierten Phase scheint der Pat. an Potenzstörungen nicht zu leiden, ein Kontrast zwischen noch bestehender, starker sexueller Libido und Unmöglichkeit einer entsprechenden somatischen Triebbefriedigung, wie er etwa in einigen von *Oberholzer* [8]) geschilderten Fällen, bei denen aus therapeutischen Gründen beiderseitige Kastration in Anwendung kam, so kraß zutage tritt, scheint nicht zu bestehen. Trotzdem berichtet Pat. über Störungen in der Sexualbefriedigung, Klagen, die in eigentümlicher Weise an das unbestimmte Sehnsuchtsgefühl der ersten Pubertätszeit, den mächtigen Drang nach Entfaltung und Befriedigung einer noch nicht abgeschätzten geheimnisvollen Triebkraft er-

innern. Pat. klagt über ein „Gefühl der Spannung“, das er weder durch den Sexualverkehr selbst noch durch irgendwelche Zerstreuung ablenken oder aufheben kann. Wir werden wohl nicht fehl gehen, wenn wir auch diese Störung mit der schon geschilderten, aber auch in der Folgezeit bestehenden Störung im Sexualakt selbst und dem Auftreten sowie Bestehenbleiben sadistischer Neigungen in eine Linie stellen. Alle diese Erscheinungen scheinen auf eines hinzuweisen: die Libido sexualis hat durch die Operation wohl eine Abänderung, aber keine Einbuße in ihrer Energiesumme erfahren, diese Abänderung und die mit ihr verbundenen Störungen und Anomalien erscheinen begründet in einer Störung der somatischen Entäußerung des Sexualtriebes, in einer gewissen Defektuosität des somatischen Sexualablaufes gegenüber dem psychischen. Prognostisch wäre auch hier, wie dies ja die weitere Entwicklung des Falles zeigt, ein Ausgleich zwischen diesen beiden nicht in parallelen Schwankungen verlaufenden Reihen und somit endgültiges Verschwinden von Beschwerden zu erwarten. Schließlich sei noch als allgemeine somatische Operationsfolge auf die erhebliche Zunahme des Längenwachstumes, auf die starke Ausbildung einzelner sekundärer Sexuszeichen im unmittelbaren Anschluß an die Operation kurz hingewiesen.

Die angeführten beiden Fälle scheinen *Steinach*schen Anschauungen in wichtigen Punkten strikte zu widersprechen, besonders aber der *Lichtenstern*schen, eingangs erwähnten Auffassung, die eine Heilung gestörter Potenz bei jüngeren männlichen Individuen mit mangelnder sexueller Libido und entsprechenden Störungen des Allgemeinverhaltens durch Samenstrangunterbindung und dadurch provoziertes Wachstum der Pubertätsdrüse in den Bereich der Möglichkeiten zog. Unsere beiden Fälle zeigen im Gegensatze dazu, daß der Sexualtrieb als Ganzes sich in dem einen Falle als deutlich abgeschwächt erwies, in dem zweiten Falle die Sexualität in ihrer triebhaften Entäußerung als gestört im Sinne der Abschwächung bezeichnet werden mußte. Was die Beeinflussung somatischer sekundärer Sexuszeichen durch die Samenstrangunterbindung anlangt, so konnten wir in dem ersten Falle keine wie immer geartete Beeinflussung, auch bei mangelhafter Entwicklung einzelner sekundärer



Sexuszeichen, feststellen, in dem zweiten Falle aber eine ausgesprochene Beeinflussung derselben im Sinne einer Wachstumssteigerung.

Es kann hier nicht der Ort sein, auf die vielfach verwirrenden Meinungsverschiedenheiten über die anatomisch-histologischen Grundlagen der Unterbindungsversuche einzugehen. Nach Feststellung einer gewissen Gegensätzlichkeit zwischen in unseren Fällen gemachten Erfahrungen und *Steinach*schen Anschauungen erhebt sich nun aber die Frage, ob wir in der Samenstrangunterbindung überhaupt sozusagen ein innersekretorisches Ereignis zu erblicken hätten, und wenn ja, welches die Grundlagen dieses Ereignisses wären. Für die Bejahung der ersten Frage würde schon die somatische Beobachtung an dem zweiten Falle sprechen, in diesem Belange sei u. a. auch auf die so interessanten Stoffwechseluntersuchungen von *Loewy* und *Zondek* [30]) bei vasoligierten Tieren hingewiesen, die hierbei eine merkbare, wenn auch temporäre Beeinflussung des Gesamtstoffwechsels, die sie innersekretorischen Reizungen zuschreiben, nachweisen konnten. Wenn wir uns nun mit der Mehrzahl der Autoren auf den Standpunkt stellen, daß die inkretorische Wirksamkeit des Hodens nicht von den Zwischenzellen, sondern vom Keimepithel ausgehe, so hätten wir in der durch die Samenstrangunterbindung bedingten Zerstörung der Keimsubstanz nicht einen bloß destruktiven Prozeß zu erblicken, sondern hätten damit auch einen Abbau spezifisch wirksamer, spermiogener Eiweißsubstanzen, die auf dem Blutwege übermittelt werden, einen organotherapeutischen Effekt gegeben. *Wagner-Jauregg* hat dieser Ansicht, daß es sich in der Wirksamkeit der Unterbindung im wesentlichen um einen organotherapeutischen Effekt handeln dürfte, in einer Debatte über die *Steinach*schen Forschungsergebnisse in der Wiener psychiatrischen Gesellschaft vor allem Ausdruck verliehen; auch von anderer Seite, so insbesondere von *Romeis* [11]) und *Kohn* [31]), ist darauf hingewiesen worden. Es wäre aber gleich hinzuzufügen, was *Kyrle* [14]) überzeugend dargetan hat, wie anders geartet die Verhältnisse im jugendlichen und im alten Hoden für diesen organotherapeutischen Effekt liegen. Während im alten Hoden, dessen „Regenerationsenergie" ja nahezu erschöpft ist, der organotherapeutische Effekt sich voll auswirken kann, somit ein lang- oder längerfristiger sein wird, setzen im jugendlichen Hoden ja beinahe gleichzeitig mit dem Destruktionsprozeß rasch fortschreitende Regenerationsvorgänge ein, nach *Kyrle*s Ansicht von der mächtigen Zwischenzellenwucherung ermöglicht und unterstützt. Von diesem Standpunkt aus wäre das rasche Wachstum sekundärer Sexuszeichen im unmittelbaren Anschluß an die Operation als intensiver organotherapeutischer Schub verständlich, möglicherweise hätten wir aber auch in dem an die Operation angeschlossenen psychotischen Stadium des ersten Falles, auf dessen Ähnlichkeit mit einer Intoxikationspsychose vom Amentiatypus ja schon aufmerksam gemacht wurde, eine Reaktion auf die den Organismus plötzlich überschwemmenden spermiogenen Abbauprodukte zu erblicken. Zur Erklärung der in den beiden Fällen beobachteten Abschwächung bzw. Defektuosität der Sexualität wäre die Vermutung auszusprechen, daß es bei der Regenera-



tion eben doch nicht zu einer Restitutio ad integrum des Organs kommt, daß die Regeneration vielmehr doch mit einem merklichen Defizit an generativer Substanz abschließt. Diesbezüglich wären bestätigende anatomische Befunde am Menschen allerdings noch abzuwarten.

Bindende Folgerungen, in welcher Richtung immer, aus diesen beiden Fällen abzuleiten, soll nicht beabsichtigt werden. So wäre es verlockend, auf die in dem zweiten Falle gemachte Beobachtung, bei dem die Energiesumme der psychosexuellen Seite des Sexualtriebes, der Libidio sexualis, ungeändert blieb, aber in ihrer Energieverteilung abgeändert wurde, näher einzugehen. Dies insbesondere im Zusammenhalt mit den vielfach berichteten (so z. B. von *Moebius* [2]), *Pelikan* [32]), *Tandler* und *Groß* [33])) und authentifizierten Fällen von im postpuberalen Alter Kastrierten, bei denen die Libido voll und ungestört zeitlebens erhalten blieb, aus welcher Tatsache allein die Forderung unmittelbar hervorzugehen scheint, in der Darstellung der organischen Fundierung des Sexualtriebes die innersekretorische Tätigkeit der Keimdrüsen allein nicht allzusehr in den Vordergrund zu stellen, sondern erstere vielmehr aus der hormonalen Tätigkeit des gesamten innersekretorischen Apparates heraus zu begreifen, eine Forderung, die *Biedl* [34]) vielfach ausgesprochen und neuerdings besonders *P. F. Richter* [35]) im Hinblick auf das hier vorliegende Thema vertreten hat. Ein Moment, auf das gleichfalls *Wagner-Jauregg* in vorerwähnter Debatte hingewiesen hat, dürfte aber in dieser ganzen Betrachtungsweise, die in gewissem Sinne eine Parallelität zwischen inkretorischer Tätigkeit und psychischem Geschehen annimmt, nie zu vernachlässigen sein, wie es wohl kaum je zu umgehen sein wird: den inkretorischen Wirkungen steht unabhängig und nur in einem beschränkten Sinne als Erfolgsorgan das nervöse Zentralorgan, das Cerebrum, gegenüber; inkretorisch wirksamere Ereignisse, die sich auch in veränderten psychologischen Einstellungen bedeutsam äußern, können nur in Hinblick auf dieses erörtert und verstanden werden, d. h. in Hinblick auf die Gesamtpersönlichkeit, ihren Aufbau und Entwicklung, wie sie sich in der Summe konstitutioneller und konditioneller Momente darstellt. Das heißt ferner, daß bei Erörterung solcher Wirkungsweisen in ihren Beziehungen auf Seelisches Ausdrücke wie „Erotisierung des Gehirnes", wenigstens was die Verhältnisse bei menschlichen Individuen anlangt, als oberflächlich abgelehnt werden müssen, daß vielmehr in solchen Fällen eingehende, sowohl nach vorwärts wie nach rückwärts ausgreifende psychologische Analyse sowie Erfassen der Gesamtpersönlichkeit gefordert werden muß. Aus diesem Grunde müssen auch Erörterungen in der vorhin angedeuteten Richtung über die sexuelle Libido, von somatischen Tatsachen ausgehend, zunächst zurückgestellt werden, dies vor allem aber auch deshalb, weil eine kritische Sichtung und Systematisierung der gesamten somatopsychischen Erscheinungen der Sexualität sowie eine brauchbare definitorische Klarstellung des Sexualtriebes, die unserem derzeitigen naturwissenschaftlichen und psychologischen Kenntnisstande entspräche, derzeit noch fehlt — Mängel, die sich ja wohl am ehesten auch in dieser Arbeit werden fühlbar gemacht haben.

Literaturverzeichnis.

1. *Näcke*, A. f. Krim.-Antrop. 3, 1899; Neurol. Ztbl. 28, 1909.
2. *Moebius*, Über die Wirkungen der Kastration. Halle 1903.
3. *Krafft-Ebing*, Arb. a. d. ges. Geb. d. Psych. u. Neur., 1894.
4. *Forel*, Ethische und rechtliche Konflikte im Sexualleben. München 1909.
5. *Aschaffenburg*, Das Verbrechen und seine Bekämpfung. Heidelberg 1906.
6. *Havelock Ellis*, The criminal. London 1910.
7. *Löwenfeld*, Frankfurt 1910.
8. *Oberholzer*, Jur.-psych. Grenzfragen. 8, 1911.
9. *Hirsch*, A. f. Psych. u. Nervenkr. 64, 1921.
10. *Steinach*, Verjüngung durch experimentelle Neubelebung der alternden Pubertätsdrüse. Berlin 1920, Z. f. Phys. 24, Nr. 13, 1910.
11. *Romeis*, M. m. Wschr., 1921 Nr. 20, 1920 Nr. 35.
12. *Tiedie*, D. m. Wschr., 1921 Nr. 13.
13. *Stieve*, Ergebn. d. Anat. u. Entwicklungsgesch. 23, 1921.
14. *Kyrle*, Med. Kl., 1921 Nr. 35; Ztbl. f. e. Path. u. path. Anat. 21, 1910.
15. *Sternberg*, Ziegl. Beitr. 69, 1921.
16. *Blum*, Wien. klin. Wschr., 1922 Nr. 1.
17. *Lipschitz*, D. med. Wschr. Nr. 13, 1921.
18. *Levy-Lenz* und *Schmidt*, Berl. med. Wschr., 1921 Nr. 12.
19. *v. Hoffmann*, Die Rassenhygiene in den Vereinigten Staaten von Nordamerika. München 1913.
20. *Hans W. Maier*, Jur.-psych. Grenzfragen 8, 1911.
21. *Weiß*, Wien. med. Presse, 1890, 31.
22. *Hirschfeld*, Sexualpathologie. Bonn 1917.
23. *Kappis*, D. med. Wschr., 1912 Nr. 41.
24. *Juliusberger*, D. med. Wschr., 1912 Nr. 38.
25. *Lichtenstern*, Berl. klin. Wschr., 1920 Nr. 42.
26. *Tandler*, Wien. klin. Wschr., 1910 Nr. 13.
28. *Moll*, Untersuchungen über die Libido sexualis. Berlin 1898.
29. *Freud*, Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Wien 1920.
30. *Loewy* und *Zondek*, Wien. med. Ztschr., 1921 Nr. 13.
31. *Kohn*, M. Kl., 1921 Nr. 27.
32. *Pelikan*, Untersuchungen über das Skopzentum in Rußland. Gießen 1876.
33. *Tandler* und *Groß*, Wien. klin. Wschr., 1908 Nr. 9.
34. *Biedl*, Innere Sekretion. Wien 1913; D. med. Wschr., 1921 Nr. 47.
35. *P. F. Richter*, Berl. klin. Wschr., 1920 Nr. 48.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Bericht über die 102. Sitzung des Ostdeutschen Vereins für Psychiatrie zu Breslau am 1. April 1922.

Der Vorsitzende *Neisser*-Bunzlau eröffnet die Sitzung, begrüßt die erschienenen Mitglieder und Gäste und gedenkt der seit der letzten Sitzung verstorbenen Mitglieder.

S. Fischer-Breslau: Psychologische Grundfragen der Aphasielehre.

Die Lehre von der motorischen und der sensorischen Aphasie baut sich auf den Voraussetzungen auf, daß für die Spontansprache Sprechbewegungsvorstellungen, für das Sprachverständnis Klangbilder der Sprachlaute erforderlich sind. Die Berechtigung der ersten Annahme wird zuweilen in Zweifel gezogen. Demgegenüber ist zu sagen, daß *Stricker*, *Dodge*, *G. E. Müller* und *J. Segal* das Vorhandensein von Sprechbewegungsvorstellungen festgestellt haben. Allerdings ist das Auftreten und die Möglichkeit des Nachweises derselben individuell sehr verschieden und abhängig vom Reproduktionstyp. Wenn zuweilen Versuchspersonen angeben, sie hätten etwas ganz automatisch, mechanisch, ohne irgendwelche Vorlage sensorischer oder intellektueller Art hergesagt, so wird man dafür eine plausible Erklärung *G. E. Müllers* in Anspruch nehmen dürfen, der diese Vorgänge damit erklärt, daß in solchen Fällen Assoziationen motorischer Innervationskomplexe, die beim Lernen gestiftet werden, für eine Reproduktion ausreichen, so daß eine Heranziehung der psychischen Komponente nicht erforderlich ist. — Von der Überlegung ausgehend, daß mit der Erfassung des dargebotenen Lautkomplexes noch nicht das Sprachverständnis erklärt sei, ebensowenig wie die Spontansprache, wenn sie Bedeutung haben sollte, durch Erweckung der Vorstellungen des Lautkomplexes, erweiterte *Lichtheim* das Schema. Er meinte, Bedeutung kann der Lautkomplex erst dann erhalten, wenn er in assoziative Verbindung mit einem Begriff tritt, und zwar sowohl die Klangbilder wie die Sprechbewegungsvorstellungen. Die Spontansprache dachte *Lichtheim* sich so entstanden, daß vom Begriff aus die Sprechbewegungsvorstellungen direkt oder auf dem Umwege über die Klangbilder assoziativ erweckt würden. Dieser Theorie liegen psychologische Voraussetzungen zugrunde, die einer Erklärung bedürfen, selbst wenn man annimmt, daß dies nur eine in ein Schema gebrachte Anschauung ist. Es fragt sich zunächst,

was denn dieser „Begriff" ist, d. h. wie er erlebt wird; ferner ist zu entscheiden, ob er bei der Spontansprache genau so wie beim Sprachverständnis erlebt wird, d. h. ob dieses in beiden Fällen phänomenologisch dasselbe ist. Es liegt dieser Auffassung ferner die Voraussetzung zugrunde, daß ein Lautkomplex durch die assoziative Verbindung mit diesem „Begriff" Sinn und Bedeutung erhält, eine Voraussetzung, die ebenfalls erst geprüft werden muß. Schließlich fragt es sich, ob die Vorgänge der Spontansprache als dieselben wie diejenigen des Sprachverständnisses, nur in umgekehrter Ablauffolge, anzusehen sind. Daß die Spontansprache dabei nach der Theorie zum Teil nur auf die Bahn Begriff—Sprechbewegungsvorstellung verlegt wird, spielt bei dieser Betrachtung keine Rolle. Erst wenn diese Fragen beantwortet sind, ist es erlaubt, an eine Theorie der transkortikalen Aphasien heranzugehen, Schädigungen, die ja in den Verbindungen des Wortbildes mit dem Begriff gesucht werden. — Daß die Beziehung zwischen dem Lautkomplex und dem Gegenstand bzw. dem Begriff, dessen Name der Lautkomplex ist, keine reine Assoziation sein könne, geht schon daraus hervor, daß niemals das erste Glied einer geläufigen Reihe als Name für das zweite Glied angesehen wird, z. B. Montag nicht als Name für Dienstag. Vortr. weist auf eigene Versuche hin, bei denen er sinnlose Figuren gleichzeitig mit sinnlosen Namen psychologisch geschulten Versuchspersonen dargeboten hat, wobei wohl häufig assoziative Verbindungen zwischen beiden Gegenständen auftraten, die Lautgebilde jedoch nicht ohne weiteres als Name für den Gegenstand aufgefaßt wurden. Auch die Erfahrungen der Kinderpsychologie weisen darauf hin, daß das Auftreten des Namenerlebnisses an ein ganz bestimmtes Erlebnis gebunden ist, das zu der assoziativen Verbindung zwischen Laut und Gegenstand erst hinzutreten muß. Am klassischsten ist das erstmalige Auftreten des Namenerlebnisses in den Tagebüchern über Helen Keller dargestellt. Schließlich hat *Husserl* dargelegt, daß das Erleben eines Lautgebildes als Name oder das Erleben der Bedeutung eines Lautgebildes nicht durch eine assoziative Verbindung des Lautgebildes mit dem Gegenstand erklärt werden kann. — Dasjenige nun, was noch hinzutreten muß, damit ein Lautgebilde sinnvoll wird oder Bedeutung erhält oder zum Namen eines Gegenstandes werden kann, das ist eine Beziehung oder Relation, die ich erlebe, ein Meinen, das ich erlebe, in dem ich auf den Gegenstand hinstrebe oder hinziele. — Die psychologischen Versuche von *Messer*, *Bühler*, dem Vortr. u. a. ergaben nun als Erlebnisse beim Wortverständnis folgenden Ablauf der Geschehnisse: 1. Akustische Wahrnehmung des Lautgebildes und Gerichtetsein auf den Wahrnehmungsgegenstand; 2. Bekanntheitsqualität; 3. Richtungsbewußtsein oder Intentionserlebnis auf die Bedeutungssphäre oder das Wissen; 4. darauf oder gleichzeitig Wissen oder Sphärenbewußtsein. Eigentlicher Verständnisprozeß damit abgeschlossen (5. Vorstellungen können als Illustrationen hinzutreten). Diese Intentionserlebnisse ebenso wie das Wissen oder das Sphärenbewußtsein sind Erlebnisse unanschaulicher Art; der Begriff wird hier in unanschaulichen Erlebnissen erlebt. Damit wird der Vorgang der Namennennung verglichen, bei dem die psychischen Geschehnisse in folgender Weise ablaufen: 1. Erleben des Wahrnehmungsinhalts und Gerichtetsein auf den Wahrnehmungsgegenstand (dispositionell können Re-

lationen gegeben sein); 2. Bekanntheitsqualität.; 3. Aktualisierung des Lautgebildes durch assoziative Reproduktionstendenz; 4. zu dem Lautgebilde hinzutretende Intention auf den Wahrnehmungsgegenstand. — Es geht daraus hervor, daß bei diesen beiden Vorgängen der sog. Begriff in beiden Fällen in anderer Weise erlebt wird, das eine Mal in unanschaulicher, das andere Mal in anschaulicher Art. Die Vorgänge bei der Namennennung (Spontansprache) und diejenigen beim Wortverständnis (Sprachverständnis) sind nach diesen Ergebnissen nicht als dieselben Erlebnisreihen anzusehen, die etwa nur das eine Mal in umgekehrter Folge wie beim andern ablaufen. Die Voraussetzungen für das *Wernicke-Lichtheim*sche Schema, soweit sie sich auf den Begriff und seine Verbindung mit dem Lautkomplex beziehen, sind infolgedessen hinfällig und damit auch die Schemata selber. Da das *Goldstein*sche Schema auf ähnlichen Voraussetzungen beruht, gilt die Kritik auch für dieses Schema.

Aussprache. — *Neisser*-Bunzlau.

G. Henning-Breslau: Die Gedächtnisbilder der Eidetiker.

Es wird über die bisher in der Literatur vorliegenden Untersuchungen an Eidetikern berichtet, insbesondere über die experimental-psychologischen Arbeiten von *E. R. Jaensch* und seiner Schule. Während auf die von *Urbantschitsch* beschriebenen, besonders gearteten Fälle der Einwand der Apsychonomie zutrifft, haben die systematischen Untersuchungen der Marburger Schule erwiesen, daß es eine sehr verbreitete eidetische Anlage gibt, deren Phänomene ein weitgehend gesetzmäßiges Verhalten ähnlich wie auf dem Gebiet der Wahrnehmungspsychologie zeigen. Vortr. berichtet über die von *E. R. Jaensch* aufgestellten 3 Stufen der Gedächtnisbilder, ihre Zwischenformen, das häufige Vorkommen einer rudimentären eidetischen Anlage sowie über die verschiedenen experimentellen Methoden ihrer Prüfung. Was die medizinische Verwertung der psychologischen Ergebnisse anlangt, so machen die Konstitutionsforschungen von *W. Jaensch* Nachprüfungen und weitere systematische Untersuchungen wünschenswert. Eigene, freilich nur ganz spärliche klinische Beobachtungen des Vortr. erlaubten noch keine sichere Stellungnahme für oder wider die von *W. Jaensch* aufgestellten B- und T-Typen. Ob und inwieweit die Eidetikerforschung geeignet ist, die Lehre von den Halluzinationen zu fördern, können erst künftige Untersuchungen zeigen. Es ist wohl von vornherein anzunehmen, daß die Pseudohalluzinationen, wie sie bei psychisch Gesunden vorkommen, vielfach aufgehen werden in den A B von *E. R. Jaensch*, und es würde sich verlohnen, diese Erscheinungen mit den erwähnten experimental-psychologischen Untersuchungsmethoden anzugehen. Bei den halluzinierenden Geisteskranken sind wegen des Vorliegens apsychonomer Faktoren die für die normalen Jugendeidetiker geltenden psychologischen Gesetzmäßigkeiten nicht zu erwarten. Man könnte daran denken, daß gewisse Schädigungen, etwa Intoxikationen, eine bereits latent gewordene eidetische Anlage für die Dauer der Schädigung unter bestimmten Voraussetzungen wieder wachrufen. Pharmakologische Versuche an Gesunden scheinen für diese Vermutung zu sprechen. Die in der Regel recht schweren psychischen Veränderungen der Halluzinanten lassen experimentelle Prüfungen leider meist nicht zu; bei akuten



oder schubweise verlaufenden Erkrankungen wird nach Abklingen der groben Erscheinungen eine experimentelle Untersuchung oft möglich sein und Feststellungen darüber gestatten, ob und inwieweit zwischen psychischen Krankheitsbildern und eidetischen Eigenschaften gesetzmäßige Beziehungen bestehen. Einige normalpsychologische Beobachtungen, wonach der Grad der Ausprägung der eidetischen Phänomene bisweilen eine bestimmte Abhängigkeit von der subjektiven Bedeutsamkeit der Objekte erkennen läßt, sowie innere Beteiligung und willkürliche Beachtung stimulierend auf rudimentäre eidetische Fähigkeiten einwirken kann, verdienen psychopathologisch besondere Beachtung. Das gleiche gilt von der meßbaren Beeinflußbarkeit der Gedächtnisbilder durch Störungsreize, durch Ermüdungs- und Erschöpfungszustände.

Aussprache. — *Wollenberg*, *Sachs*, *Kehrer*.

Rosenthal-Breslau: Schizophrenie und postenzephalitische Katalepsie.

Vortr. weist auf die große Ähnlichkeit hin, die zwischen katatonen Zustandsbildern und solchen, die im Verlaufe der Encephalitis epidemica auftreten, hinsichtlich des Verhaltens der Motilität besteht; *Strümpell* spricht daher direkt von einer katatonen Form der Enzephalitis. Die differentialdiagnostische Entscheidung ist in manchen Fällen außerordentlich erschwert, ja u. U. unmöglich. Es wird über 3 hierher gehörige Fälle berichtet, die im letzten Jahre in der Breslauer Klinik beobachtet wurden. Im 1. Falle handelte es sich um eine Frau, die wegen Angstzuständen der Klinik überwiesen wurde. Bei der Aufnahme gibt die Kranke an, Stimmen zu hören und Angst zu haben; sie ist zeitlich gut, örtlich ungenau orientiert; zeigt keine Störung des Denkverlaufes; antwortet auf Fragen meist „ich weiß nicht". Sitzt fast bewegungslos mit starrem Gesichtsausdruck da, antwortet langsam mit sehr leiser Stimme; führt Aufträge langsam, aber sinngemäß aus. Neurologisch zeigte sich leichtes Hängen des l. Mundwinkels, l. Nasolabialfalte etwas verstrichen, bei allen passiven Bewegungen erhöhter Tonus, sehr lebhafte Reflexe an Armen und Beinen. Im Laufe der nächsten Wochen war die Körperwärme abends häufig bis 37,5 ° erhöht; sie zeigte nur äußerst geringe Bewegungsspontaneität, saß in gebundener Haltung herum, es bestand mimische Starre, Salbenglanz der Gesichtshaut, sehr leise Stimme; die Schwäche des l. Mundfacialis schien anfangs noch zuzunehmen. Klagte noch über Stimmenhören und Angstgefühl. Opium und subkutane Hyoszininjektionen blieben ohne Einfluß auf den Zustand, der bis auf geringe Schwankungen etwa 8 Wochen anhielt. Dann trat plötzlich ein einige Minuten dauernder heftiger Angstzustand mit lautem Schreien auf, einige Wochen später wurde die Kranke ausgesprochen negativistisch, bis sich schließlich ein katatoner Erregungszustand entwickelte. — In diesem Falle war eine sichere diagnostische Entscheidung während mehrerer Wochen unmöglich. — Eine andere Kranke wurde in die Klinik gebracht, weil sie völlig interesse- und initiativlos zu Hause herumsaß und häufige Angstanfälle hatte. Auch sie zeigte mimische Starre, sehr seltenen Lidschlag, auffallend geringe Bewegungsspontaneität, hochgradige Verlangsamung aller Verrichtungen, sehr leise Stimme. Auf Hyoszininjektionen



trat vorübergehende Besserung des Zustandes auf: die Bewegungen wurden schneller und leichter, die Mimik lebhafter. Bei der Entlassung war die Differentialdiagnose zwischen Depression, Schizophrenie oder Encephalitis epidemica nicht gesichert. Zu Hause soll sich dann der Zustand allmählich gebessert haben. In einem 3. Falle war bei einem jungen Manne, der ein Trauma und eine Grippe durchgemacht hatte, ein ähnliches Zustandsbild vorhanden. Der Kranke wurde nach wenigen Tagen trotz dringendem Abraten aus der Klinik herausgeholt; die Diagnose war nicht geklärt; neurologisch war der Verdacht auf beginnende Stauungspapille vorhanden. — Vortr. berichtet über die Ergebnisse der *Kleist*schen Arbeiten über die psychomotorischen Bewegungsstörungen und referiert dann die Arbeiten *Fränkels* und *Schilder*s über die Beziehungen von Psyche und Motilität. Exakte experimentell-psychologische Untersuchungen entsprechender organischer Kranker sind dringend anzuraten. Es wird zum Schluß über die wichtigen Ergebnisse berichtet, die *Focher* bei psychologischer Untersuchung eines Wilson-Kranken fand.

Aussprache. — *Serog*, *Neisser*, *Kehrer*.

Wollenberg-Breslau: Röntgensterilisierung und Libido.

W. berichtet über eine 33jährige schwachsinnige Frau aus guter Familie, die während der Abwesenheit ihres Mannes im Kriege sich einem zügellosen Geschlechtsverkehr hingab, ihren Haushalt vernachlässigte, Geld verschwendete usw., sich auch syphilitisch infizierte, so daß sie schließlich in eine geschlossene Anstalt kam. Hier zeigte sie sich in intellektueller und moralischer Beziehung sehr minderwertig und wurde wegen Geisteskrankheit entmündigt. Nach der Entlassung versuchsweise in einem Privathause untergebracht, beging sie wiederum geschlechtliche Exzesse und wurde deshalb wieder in die Anstalt zurückgebracht. Hier knüpfte sie Beziehungen zu einem verheirateten Lazarettkranken an und zeigte sich auch sonst haltlos und urteilsschwach. Der Vormund regte schließlich die Frage der Röntgensterilisierung an, weil er davon eine günstige Beeinflussung des Sexuallebens und Vermeidbarkeit des weiteren Anstaltsaufenthalts erhoffte. Dieser Eingriff sollte ohne Wissen der Kranken und auch ohne ihre Einwilligung ausgeführt werden. Der Vortr. legt zunächst die ethischen Bedenken gegen ein solches Vorgehen dar und erörtert dann die Fragen, ob hier für eine Sterilisierung eine zwingende medizinische Indikation (nicht etwa nur eine ökonomische, eugenische oder soziale) vorliege, und weiter, ob der Eingriff eine sichere Beeinflussung der Libido erwarten lasse. In ersterer Beziehung schien der Fall nicht unbedenklich, weil die geschlechtliche Hyperaktivität hier mehr gezüchtet als angeboren war. Auch in bezug auf die zweite Frage, den zu erwartenden Erfolg des Eingriffs, ergaben sich Bedenken, da eine Reihe hervorragender Praktiker (*Fehling*, *Freund*, *Fränkel*, *Küstner*) sich auf Befragen dahin äußerten, daß nach ihrer Erfahrung von der Kastration eine Herabsetzung der Libido keineswegs sicher zu erwarten wäre, daß aber andererseits vorzeitige Ausfallerscheinungen dadurch hervorgerufen werden würden. Eine Ausnahme scheinen nur solche Fälle zu machen, wie sie *Albrecht*-München neuerdings beschrieben hat, in denen die zerebrale Komponente der Libido



zurücktritt hinter der Keimdrüsen-Funktion und ein ausgesprochen periodisches Auftreten der gesteigerten Geschlechtsbegierde gleichzeitig mit dem Menstruationsvorgang besteht. Ein solcher Sachverhalt war aber in dem besprochenen Falle nicht vorhanden, es mußte deshalb der Eingriff ärztlicherseits widerraten werden.

Aussprache. — *Puppe*, *Kehrer*, *Goldberg*.

Die übrigen angemeldeten Vorträge von *Kehrer*, *Häfner*, *Merguet* konnten infolge vorgerückter Stunde nicht mehr gehalten werden.

Kehrer-Breslau.

Bericht über die 103. Sitzung des Ostdeutschen Vereins für Psychiatrie in Plagwitz a. d. Bober am 30. Juli 1922.

Petersen-Borstel-Plagwitz, der die Teilnehmer begrüßt, gibt einen Überblick über die Entwicklung der Provinzial-Irrenanstalt Plagwitz.

v. Schuckmann-Plagwitz: Strafvollzugsunfähigkeit ohne Anstaltspflegebedürftigkeit. (Erfahrungen aus dem „Festen Hause" zu Plagwitz.)

Sch. bespricht zehn Fälle aus dem „Festen Hause", die infolge geistiger Erkrankung im Strafvollzuge als strafvollzugsunfähig der Provinzialirrenpflege überwiesen worden waren und sich seit 10—20 Jahren in Irrenanstalten, sämtlich zuletzt seit 9 Jahren im Festen Hause zu Plagwitz befunden hatten. Einer dieser „Reststrafler" war in die Freiheit entlassen worden, aber von der Staatsanwaltschaft zur Verbüßung der Reststrafe verhaftet und als strafvollzugsunfähig wieder ins Feste Haus gekommen. Zwei Fälle waren in den Strafvollzug zurückversetzt, aber auch bald wieder als strafvollzugsunfähig zurückgekommen; in zwei weiteren Fällen war der Antrag auf Rückversetzung in den Strafvollzug abgelehnt worden. Diese zehn Fälle wurden nach der Revolution amnestiert, ihre Reststrafe wurde ihnen erlassen und alle zehn wurden in die Freiheit entlassen. In den seitdem verflossenen zwei Jahren sind zwei wieder anstaltspflegebedürftig geworden, acht haben sich in der Freiheit gehalten und wurden meist lobend beurteilt. Der Vortr. kommt auf Grund dieser Tatsachen zu folgenden Schlußfolgerungen: Das in Preußen gebräuchliche Regime gegenüber den im Strafvollzuge geistig Erkrankten führt zwangsläufig dazu, daß voll arbeitsfähige, nicht anstaltspflegebedürftige Personen jahrelang der öffentlichen Irrenpflege anheimfallen, lediglich weil sie infolge psychischer Defekte dem geordneten Strafvollzuge nicht gewachsen sind. Darin liegt eine schwere Ungerechtigkeit gegenüber diesen Personen, die an Stelle einer von Rechts wegen über sie verhängten befristeten Freiheitsstrafe einer ohne rechtliche Grundlage über sie verhängten, unbefristeten Freiheitsentziehung in einem festen Hause unterworfen werden, sowie eine Verschwendung der öffentlichen Gelder, indem Personen, die in der Lage sind, durch Arbeit Werte zu



schaffen, statt dessen auf Kosten der Steuerzahler jahrelang gefüttert werden müssen. Eine Beseitigung dieser unhaltbaren Zustände ist nur möglich, wenn grundsätzlich auch bei geistig Erkrankten von jeder Unterbrechung des Strafvollzuges Abstand genommen wird und die Möglichkeit geschaffen wird, daß sämtliche infolge geistiger Defekte vermindert Strafvollzugsfähigen ihre gesamte Strafe ohne Unterbrechung in psychiatrisch geleiteten Anstalten abmachen können. Als solche Anstalten kommen zurzeit nur in Frage: die Irrenabteilungen der Strafanstalten und die festen Häuser der Provinzialanstalten. — Thesen: 1. Die in Preußen übliche Unterbrechung des Strafvollzuges nach 1/2 jährigem Aufenthalt in den Irrenabteilungen der Strafanstalten entspricht weder den Interessen der Allgemeinheit noch denen der Häftlinge. 2. Zu fordern ist auch bei im Strafvollzug geistig Erkrankten ein ununterbrochenes Absitzen der befristeten Freiheitsstrafe unter psychiatrischer Leitung entweder in den Irrenabteilungen der Strafanstalten oder in den festen Häusern der Provinzialanstalten.

Aussprache. — *Puppe*, *Sossinka*, *Kehrer*, *Neisser*, *Wollenberg*, *Petersen-Borstel*, *Fischer*. *Kehrer*.

Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie, zugleich Abteilung 23 (Psychiatrie und Neurologie) der Naturforscherversammlung, in Leipzig am 21. und 22. September 1922.

Anwesend: *Ackermann*-Großschweidnitz, *Adams*-Andernach, *Amrhein*-Alzey, *Anton*-Halle, *Baumann*-Essen, *Baumann*-Landsberg, *Bausch*-Goddelau, *Beerholdt*-Leipzig, *Benning*-Rockwinkel, *Berg*-Kaufbeuren, *Berlit*-Dösen, *Bess*-Blankenhagen, *Boeck*-Troppau, *Böttcher*-Leipzig, *Bohne*-Leipzig, *Bonhöffer*-Berlin, *Boström*-Leipzig, *Bratzsch*-Piegal, *Braune*-Alt-Scherbitz, *Brinkmann*-Braunschweig, *Bumke*-Leipzig, *Bursian*-Colditz, *Caffier*-Leipzig, *Campbell*-Dresden, *Clemens*-Eickelborn, *de Crinis*-Graz, *Dabelstein*-Schleswig, *Deckert*-Leipzig, *Dehio*-Colditz, *Deutsch*-Leipzig, *Dluhosch*-Obrawalde, *Domann*-Wiednitz, *Dost*-Hochweitzschen, *Dresen*-Brieg, *Dubbers*-Allenberg, *Ebel*-Wien, *v. Ehrenwall*-Ahrweiler, *Eichelberg*-Hedemünden, *Eichler*-Dresden, *Ellinger*-Heidelberg, *Encke*-Lauenburg, *Ennen*-Merzig, *Fachreddin-Kerim*-Konstantinopel, *Falkenberg*-Herzberge, *Fischer*-Gießen, *Fischer*-Prag, *Fischer*-Sachsenberg, *Fischer*-Wiesloch, *Fleischhauer*-Gießen, *Fleischmann*-Kiew, *Flechsig*-Leipzig, *Förster*-Bonn, *Förster*-Berlin, *Frenzel*-Leipzig, *Gaupp*-Tübingen, *Gerson*-Bielefeld, *Gerstmann*-Wien, *Giese*-Halle, *Globus*-New York, *Göring*-Elberfeld, *Gonda*-Satumare, *Gottschick*-Bräunsdorf, *Graf*-Leipzig, *Grimme*-Hildesheim, *Gröbbels*-Hamburg, *Groß*-Konstanz, *Grothaus*-Osnabrück, *Grütter*-Langenhagen, *Guttmann*-Breslau, *Hackländer*-Essen, *Hänsel*-Chemnitz, *v. Hattingberg*-München, *Havemann*-Rastenburg, *Hegemann*-Suttrop, *Heldt*-Leipzig,



Henkel-Hadamar, *Henking*-Braunschweig, *Hermkes*-Eickelborn, *Heyse*-Bernburg, *M. Hirschfeld*-Berlin, *Hofmann*-Alt-Scherbitz, *Hübner*-Bonn, *Jakob*-Hamburg, *Jeß*-Eberswalde, *Josephy*-, *Kafka*-Hamburg, *Kastan*-Königsberg, *Kauffmann*-Weißensee, *Kehrer*-Breslau, *Keßler*-Gotha, *Ketz*-Bremerhaven, *Kirschbaum*-Hamburg, *Klarfeld*-Leipzig, *Klebelsberg*-Hall, *Kleffner*-Münster, *Klein*-Wien, *Klüber*-Klingenmünster, *Knörr*-Neuruppin, *Kockel*-Untergöltzsch, *Köster*-Düren, *Korner*-Wien, *Kronfeld*-Berlin, *Krüger*-Tapiau, *Künzel*-Waldheim, *Kundt*-Deggendorf, *Laegel*-Arnsdorf, *H. Laehr*-Wernigerode, *Lahse*-Teupitz, *Lange*-München, *Lapinsky*-Agram, *Lehmann*-Hartheck, *Levinstein*-Dahlem, *Levy-Suhl*-Wilmersdorf, *Leyser*-Gießen, *Liebers*-Leipzig, *Lindner*-Leipzig, *Linzbach*-Düren, *Löwenstein*-Bonn, *Löwenthal*-Göttingen, *Lorenz*-Graz, *Lux*-Leipzig, *Marinesco*-Berlin, *Martin*-Potsdam, *Maschmeyer*-Göttingen, *Maurer*-Niedermarsberg, *C. Mayer*-Innsbruck, *Mendel*-Berlin, *Mercklin*-Treptow a. R., *Meußel*-Aachen, *Meyer*-Bonn, *Meyer*-Königsberg, *Milner*-Leipzig, *Möllenhoff*-Leipzig, *Müller*-Dösen, *Neißer*-Bunzlau, *Neustadt*-Leipzig, *Nießl v. Mayendorf*-Leipzig, *Nitsche*-Dösen, *Noack*-Leipzig, Ger.-Ref. *Ollendorff*-Schöneberg, *Orthmann*-Süchteln, *Oßwald*-Gießen, *Pfeifer*-Leipzig, *Pohlisch*-Berlin, *Pohlmann*-Aplerbeck, *Prinzhorn*-Heidelberg, *Puschkaroff*-Leipzig, *Quast*-Bonn, *Rasdolsky*-Petersburg, *Rehm*-Bremen, *Reichardt*-Würzburg, *Reichelt*-Hochweitzschen, *Rein*-Landsberg, *Reinelt*-Osnabrück, *Reiß*-Tübingen, *Rentsch*-Sonnenstein, *Repkewitz*-Schleswig, *Richter*-Leipzig, *Riebeth*-Görden, *Rittershaus*-Hamburg, *Rizor*-Langenhagen, *Römer*-Karlsruhe, *Röthig*-Leipzig, *v. Rohden*-Nietleben, *Rohrbach*-Wilhelmshöhe, *Rose*-Cincinnati, *Rosenblatt*-Leipzig, *Rosenstein*-Breslau, *Roßbach*-Hubertusburg, *Ruckert*-Cochem, *Rust*-Jerichow, *Salinger*-Herzberge, *Sauer*-Steglitz, *Sauermann*-Galkhausen, Min.-R. *Schäfer*-Berlin, *Schäfer*-Leipzig, *Schilder*-Wien, *Schümer*-Dresden, O.-St.-Anw. *Schlegel*-Leipzig, *Schlund*-Schwerin, *Schmidt*-Frankfurt a. M., Prof. jur. *R. Schmidt*-Leipzig, *W. Schmitt*-Leipzig, *Schmitz*-Sorau, *Schmutzler*-Leipzig, *Schneider*-Herborn, *Schneider*-Osnabrück, *Schnitzer*-Kückenmühle, *Schob*-Dresden, *Schönfeld*-Brünn, *Schriewer*-Leipzig, *Schröder*-Uchtspringe, *Schröter*-Alt-Scherbitz, *Schrottenbach*-Graz, *Schütte*-Langenhagen, *Schütze*-Kortau, *Schulte*-Berlin, *Schulte*-Niedermarsberg, *E. Schultze*-Göttingen, *Schulze*-Arnsdorf, *Schwabe*-Plauen, *Schwartz*-Alt-Scherbitz, *Sieber*-Leipzig, *Sinn*-Neubabelsberg, *Sioli*-Bonn, *Snell*-Lüneburg, *Sommer*-Gießen, *Spenke*-Gestewitz, *Spielmeyer*-München, *Spohr*-Strelitz, *Stanojevic*-Agram, *Steinbalk*-Leipzig, *Stemmler*-Arnsdorf, *Stertz*-Marburg, *Stransky*-Wien, *Streicher*-Leipzig, *Sünner*-Herzberge, *v. Sydow*-Ückermünde, *Theodorich*-Leipzig, *Thümmler*-Leipzig, *Thumm*-Leipzig, *Tietze*-Alt-Scherbitz, *Titze*-Berlin, *Trommer*-Lauenburg, *Trusen*-Andernach, *Vallentin*-Berlin, *Viedenz*-Schweizerhof, *Vocke*-Eglfing, *Else Voigtländer*-Leipzig, *Wagner v. Jauregg*-Wien, *Walter*-Rostock, *Wartenberg*-Leipzig, *Wegener*-Kückenmühle, *Weicksel*-Großschweidnitz, *Weidenmüller*-Nietleben, *Wendt*-Frankfurt a. M., *Wendt*-Waldheim, *Werner*-Görlitz, *Werner*-Heppenheim, *Weygandt*-Hamburg, *Wiener*-Leipzig, *Willige*-Ilten, *Winter*-Lengerich, *Wolff*-*Röder*-Halle, *Wollenberg*-Breslau, *Zenker*-Leipzig, *Zierl*-Regensburg, *Ziertmann*-Bunzlau, *Zinn*-Eberswalde, *v. Zobel*-Dresden. (250 Teilnehmer.) Einführende: Prof. *Flechsig* und Prof. *Bumke*.

Vorsitzender: *Bonhöffer*-Berlin. Schriftführer: *Boström*-Leipzig.



1. Sitzung am 21. September vormittags 9 Uhr.

Der Vorsitzende begrüßt die Erschienenen und dankt den Einführenden Prof. *Flechsig* und Prof. *Bumke* für ihre Mühe. Seit der vorigen Versammlung sind verstorben: *Eccard*-Frankental, *Lüderitz*-Blankenhain, *A. Leppmann*-Berlin, *C. Edel*-Charlottenburg, *Lydten*-Illenau, *Oliven*-Lankwitz, *Vorbrodt*-Galkhausen, *Schreiber*-Düren, *Ehrcke*-Nietleben, *Hinterstoißer*-Wien, *Sander*-Berlin, *Zierl*-Irrsee, *Hügel*-Klingenmünster, *Möller*-Lichterfelde, *Schröder*-Riga, *Gießler*-Grafenberg, *Deiters*-Düren, *Jendrassik*-Budapest; die Versammlung ehrt ihr Andenken durch Erheben von den Sitzen.

1. Referat: *H. Fischer*-Gießen über Psychiatrie und innere Sekretion.

F. bespricht in großen Zügen die psychopathologischen Folgezustände nach innersekretorischen Ausfällen und Krankheiten, deren Beobachtung die Grundlage für alle weiteren Erörterungen über die funktionellen Zusammenhänge von innerer Sekretion und Seelenleben geworden ist. Daran schließt sich die Besprechung der inneren Sekretion in der Genese der klinisch-psychiatrischen Krankheitsbilder. Da das Thema letzten Endes die Frage nach der Bedeutung der inneren Sekretion in den biologischen Grundlagen für das normale und kranke Seelenleben in sich schließt, wird weiterhin die Rolle der inneren Sekretion in Wachstum und Entwicklung, in der Konstitution und besonders in den sensiblen Entwicklungsphasen eingehend gewürdigt, in die Ausbruch und Entwicklung der meisten endogenen Geisteskrankenheiten fällt. Als Ausgangspunkt dient die Besprechung der pathogenetichen Grundlagen angeborener Defektzustände. Die Beziehungen von Schilddrüse, Thymus und Nebennieren zur Hirnentwicklung werden erörtert. Dann folgt die Besprechung einzelner Idiotieformen, des Myxödems, des Kretinismus, der Thymusidiotie und der mongoloiden Idiotie. Die entwicklungsgeschichtlich zusammengehörigen drei branchiogenen Organe, Schilddrüse, Thymus und Epithelkörperchen, werden als ein einheitliches Wachsstumsystem aufgefaßt, das besonders auch für die Hirnbildung und die Psychomotilität von großer Bedeutung ist. Vortr. vertritt die Anschauung, daß es kombinierte Erkrankungen dieses Systems gibt, so daß ihm, abgesehen von den drei Hauptausfallstypen — der thyreogenen und thymogenen Idiotie, sowie der Spasmophilie — weitere gemeinsame Beziehungen zur Hirnentwicklung und zur Genese von Idiotieformen zukommen, die aus dem Sammelbegriff der Idiotie noch nicht herausgearbeitet sind. Weitere Entwicklungshemmungen gehen von der Hypophyse aus. Von diesen Störungen nicht absolut abgegrenzt, schließt sich hier der Infantilismus an. Unter den genetischen Momenten des Infantilismus sei hier besonders der zuerst von *Anton* betonte Infantilismus als Kümmerform durch Einwirkung ungünstiger Milieu- und Ernährungsverhältnisse hervorgehoben. Einige Befunde an den innersekretorischen Organen selbst, so an Thymus und Genitale, sind beim Infantilismus auch lediglich als Erscheinungen der Unreife aufzufassen.

Unter den psychopathologischen Folgezuständen der innersekretorischen Krankheiten des Erwachsenen bespricht Vortr. den sog. myxödema-



tösen Geisteszustand, die Stimmungsanomalien nach Epithelkörperchenausfall und die Charakteranomalie nach Kastration und beim Eunuchoidismus. Der noch wenig bekannte weibliche Frühkastrat und Eunuchoidismus zeigt vom männlichen wesentliche charakterologische Differenzen, die nicht für das Konvergieren nach einem asexuellen Zwischentyp sprechen, es handelt sich vielmehr beim Eunuchoidismus um einen geschlechtsdifferenten Typus sexueller Unreife. Weiter ist hier die Hypophysärstimmung von *v. Frankl-Hochwart* anzuführen. Dann folgen die der Klärung durch die experimentelle Pathologie weniger zugänglichen Krankheiten. Art und Abhängigkeitsverhältnis der psychopathologischen Begleiterscheinungen beim Addison, Basedow und Diabetes werden eingehend erörtert, ebenso wie die verwickelten Zusammenhänge zwischen Geschlechtsdrüsenfunktion und Psyche. Darauf erörtert Vortr. die klinische Stellung der die innersekretorischen Krankheiten begleitenden Psychosen. Unter den psychopathologischen Begleiterscheinungen der innersekretorischen Krankheiten des Erwachsenen werden auf Grund der Untersuchungen drei Gruppen unterschieden: 1. leichtere nervöse und psychische Anomalien vom Werte einer Charakteranomalie oder Psychopathie, die für die vorliegende Krankheit kennzeichnende Züge aufweisen; 2. von diesen nicht scharf abgesetzte Psychosen, die in das Irresein der Degenerierten gehören und auch noch bis zu einem gewissen Grade charakteristisch sind; 3. Psychosen, die sich durch nichts mehr von sonstigen symptomatischen Psychosen unterscheiden.

Von physiologischen Gesichtspunkten aus werden die Beziehungen zwischen vegetativem Nervensystem, Tonus und Affekt untersucht. Der psychische Tonus ist eng verknüpft mit dem Tonus des peripheren vegetativen Nervensystems. Das innersekretorische Hormon gehört zu den Tonusregulatoren des vegetativen Nervensystems, sowie des Affektlebens. Dabei sind die psychologischen Bedingungen, unter denen psychische Impulse an bestimmten Anteilen des innersekretorischen Systems angreifen, nicht wahllos, sondern bis zu einem gewissen Grade spezifisch, ebenso wie umgekehrt die Hormone der Affektäußerung eine bestimmte Qualität geben. Auch auf diesem Wege erkennen wir die Bedeutung der inneren Sekretion für das Seelenleben. Wir gehen dabei der Einordnung des Zentralnervensystems in Mechanismen nach, in denen nervöse und hormonale Apparate zu einer funktionellen Einheit zusammengeordnet sind. Diese Einrichtungen sind physiologisch vorgebildete Mechanismen, die für die psychische Äußerungsform funktionsbereit liegen. Besonders hervorzuheben ist dabei, daß pathologische Äußerungsformen keinen neuen pathologischen Mechanismus erfordern, sondern die Folge pathologischer Einwirkungen auf den normalen Mechanismus sind.

Der Besprechung der neurohormonalen und hormoneuralen Korrelationen folgt die Korrelation der Blutdrüsen untereinander. Diese Wechselwirkung zeigt sich schon darin, daß es beim Ausfall einer Drüse zu einer Neueinstellung des ganzen innersekretorischen Systems kommt. Eine Frucht eingehender Untersuchung jeder einer speziellen Störung zugrunde liegenden Korrelation stellt z. B. die richtige Bewertung des pathogenetischen Inhaltes einzelner Körperbauzeichen dar. Die Neueinstellungen der Drüsen auf einen Reiz sind aber nicht nur reizspezifisch,



sondern die Auswirkung im Einzelfall auch wieder von der konstitutionellen Reaktionsfähigkeit der Drüsen abhängig und damit auch konstitutionsspezifisch. Vortr. bespricht dann eingehender die Genese der sekundären Geschlechtscharaktere und der Anomalien der physischen und psychischen Sexualsphäre, auf die hier nicht im einzelnen eingegangen werden kann. Daran schließt sich eine Untersuchung über die Genese der Frühreifen, der intellektuellen Reifung und der Pubertätspsyche. Die Bedeutung der inneren Sekretion für die Konstitution gibt uns Wege für die biologische Charakterforschung mit Hilfe des Körperbaues. Welches ist nun die Rolle der inneren Sekretion in der Pathogenese der klinisch-psychiatrischen Krankheitsbilder? Hier werden die Epilepsie, das manisch-depressive Irresein und die Dementia praecox besprochen. Epilepsieähnliche Zustände bei innersekretorischen Krankheitsbildern gehen zunächst nicht über die Bedeutung des Symptomatischen hinaus, und die bei epileptischen Krankheitsbildern gelegentlich beschriebenen Befunde an den Drüsen selbst bringen uns hier zunächst auch nicht weiter. Es zeigte sich nun, daß es nicht möglich ist, innersekretorische Funktionen zu den komplexen Krankheitsbildern in Beziehung zu setzen, wir müssen vielmehr den einzelnen Äußerungsformen der Krankheit nachgehen und untersuchen, welche innersekretorischen Organe in den funktionellen Mechanismus der Äußerungsform eingeschaltet sind, und welche Bedeutung ihnen in dieser speziellen korrelativen Zusammenordnung zukommt. Von diesem Gesichtspunkt aus wird dann zunächst die Bedeutung der inneren Sekretion für die Äußerungsform der Motilität als Krampf, also für die Krampffähigkeit des Organismus untersucht. Auf Grund dieser Untersuchungen läßt sich sagen, daß der Krampfmechanismus kein pathologischer, lediglich im Gehirn vorgebildeter Epilepsiemechanismus ist, daß der Krampf vielmehr die pathologische Äußerungsform des physiologisch vorgebildeten Mechanismus für die motorischen Funktionen ist. Weiterhin werden die Beziehungen zur allgemeinen Krampffähigkeit und zu den besonderen Formen des Krampfes als elementar, tetanisch und hysterisch unterschieden und besprochen. Dann folgen die Beziehungen der inneren Sekretion zu den krankhaften Affektäußerungen und zum manisch-depressiven Irresein. Auch hierbei zeigt sich wieder, daß wir die innersekretorischen Funktionen nicht zu dem komplexen Affektleben, sondern nur zu seinen einzelnen Komponenten, so zur Affektspannung und zur Affektfärbung klären können. Vortr. bringt die Affektspannung in Verbindung mit Nebenniere, Epithelkörperchen und Pankreas, die Affektfärbung in Verbindung insbesondere mit Geschlechtsdrüse und Schilddrüse. Es lassen sich zunächst wohl Beziehungen zwischen innerer Sekretion und Affektmechanismus, dagegen nicht zur manisch-depressiven Erkrankung selbst feststellen. Die Theorie von der innersekretorischen Genese der Dementia praecox hat insbesondere, und zwar auf Grund gewisser Hinweise (Pubertätspsyche, Beginn in der Pubertät, Körperbauzeichen), eine Dysfunktion der Geschlechtsdrüse angenommen. Doch ist diese Theorie unbewiesen, und eine Reihe von Erfahrungstatsachen spricht dagegen. Das Abhängigkeitsverhältnis zwischen Dementia praecox und Konstitution ist noch unklar. Einzelne Körperbauzeichen haben keinen eindeutigen Wert. Der krankmachende Einfluß der Pubertäts-



phase liegt in der gesamten biologischen Umwälzung, die die Pubertät zu einer sensiblen Phase macht. Er erstreckt sich nicht nur auf die Dementia praecox, sondern auch auf andere degenerative Krankheiten. Auch ist heute noch nicht auszuschließen, ob bei der Dementia praecox nicht zusammen mit der endogenen auch exogene Entwicklungsstörungen eine Rolle spielen. Dafür, daß die Dementia praecox eine innersekretorische Krankheit des Pubertätsalters wäre, haben sich nicht genügend Anhaltspunkte gefunden. Vortr. versucht weiter mit Hilfe der Korrelationsforschung zur Klärung der Genese beizutragen. In den sensiblen Entwicklungsphasen, denen Umstellungen in der Korrelation der innersekretorischen Drüsen zugrunde liegen, können einzelne Glieder der Korrelation auch infolge endogener Einwirkungen zur Isolierung aus den normalen korrelativen Verbindungen gebracht werden. Diese peripheren Isolierungen heben sich in den Phasen stärkerer endogener Schwankungen rhythmisch bzw. periodisch heraus, vertiefen und vergröbern die ursprünglich krankhafte Anlage. Weiterhin kann es in diesen Phasen auch durch Einwirkung physiologischer Reize, z. B. durch Belastung mit der neu hinzukommenden Geschlechtsdrüsenfunktion zur Entgleisung der Korrelation kommen, ein Vorgang, der vielleicht in der Genese eines Teiles der Erkrankungen an Dementia praecox eine gewisse Rolle spielt, wofür auch die Körperbauforschung spricht.

Was die exogenen Krankheitsbilder anlangt, so verweist Vortr. zuerst auf den Ausfall exogener Aktivatoren, z. B. beim Kretinismus, beim dystrophischen Infantilismus als Kümmerform in ungünstigen Milieuverhältnissen und auf die Avitaminosen. Diese exogenen Stoffe sind am Chemismus der Drüsen selbst beteiligt, sie stehen mit dem Ersatzweg für das Rohmaterial der Drüsenleistung in Beziehung. Die innersekretorischen Drüsen sind zum Teil gewissermaßen Energietransformatoren, zum Teil Produktionsstätten endogener Reizstoffe bzw. Aktivatoren. Eine Kombination beider finden wir in der einheitlichen Nebenniere. Die in den Energietransformatoren aufgehäuften Stoffe erlangen gegenüber den endogenen Reizstoffen eine spezifische Reaktionsfähigkeit, wie sich das insbesondere an der Wirkung der innersekretorischen Geschlechtsdrüse erkennen läßt. Das einheitliche Ineinanderarbeiten von nervöser und innersekretorischer Leistung sowie Milieuwirkung beim Aufbau des Gesamtorganismus wird am Beispiel der Nebenniere dargelegt. Auf diesem Wege klärt sich dann auch die Bedeutung der inneren Sekretion für die Vermittlung und Umformung pathologischer exogener Reize als Intoxikation und Infektion. Es werden eine Reihe von Hinweisen aufgeführt, die zeigen, daß die innere Sekretion eine filtrierende Schutzvorrichtung gegenüber solchen Schädlichkeiten darstellt. In der Psychiatrie hat *Bonhoeffer* zuerst festgestellt, daß die exogenen Reaktionstypen bei einer gewissen Intensität und Dauer der Schädigung nicht mehr von der ursprünglichen toxischen Wirkung abhängig sind, daß die klinische Erscheinungsform vielmehr für ätiologische Zwischenglieder spricht, die unabhängig von der Art der Wirkung bestimmte gemeinsame symptomatische Mechanismen zur Auslösung bringen. Die exogenen Reaktionstypen zeigen eine weitgehende Parallele zu den begleitenden psychopathologischen Äußerungsformen innersekretorischer Krankheiten. Wir müssen



daran denken, daß die innere Sekretion auch eine periphere Schutzvorrichtung für die Psyche darstellt, die bei exogenen Schädlichkeiten in Kraft tritt. Vortr. weist dann zum Schluß darauf hin, daß wir die Pathogenese der Geisteskrankheiten nicht ausschließlich im Gehirn und ebensowenig in einzelnen innersekretorischen Organen suchen dürfen, vielmehr müssen wir auf dem Wege der Korrelations- und Mechanismenforschung den Grundlagen für die Äußerungsformen des normalen und kranken Seelenlebens und der Einordnung des Zentralnervensystems in das Gefüge des Gesamtorganismus nachgehen.

Walter-Rostock: Untersuchungen zur Pathologie und Physiologie der Zirbeldrüse.

In Fortsetzung früherer Untersuchungen kommt Vortr. zu der Ansicht, daß die bisher als sekretorische Elemente angesehenen Parenchymzellen identisch mit den von ihm beschriebenen Randgeflechtzellen sind, d. h. Fortsätze besitzen, die mit Verdickungen an Septen und Gefäßen endigen. Es lassen sich morphologisch 2 Zelltypen unterscheiden, von denen der erstere kleiner, aber erheblich zahlreicher ist als der zweite, der eine mehr nervenähnliche Konfiguration aufweist. Die sog. „Kernkugeln" sind vorwiegend in ersteren nachweisbar. Beide Zellarten müssen als „spezifische" Elemente aufgefaßt werden, da sie einerseits im Gegensatz zu Nervenzellen hypertrophieren können, andrerseits durch wuchernde Glia zerstört werden. — Die näher beschriebene Hypertrophie fand *W.* hauptsächlich bei intrakraniellen Prozessen, die mit Hirndruckerscheinungen einhergingen, dann aber auch bei allgemeinen Zirkulationsstörungen, während sie bei lokalen, sonst als Reiz wirkenden Erkrankungen (Meningitis) fehlen. Er schließt daraus und aus dem Gesamtaufbau der Epiphyse, daß es sich um ein Reflexorgan handelt, bestimmt, die intrakranielle bzw. zerebrale Zirkulation zu regulieren. (Ausführlich: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.)

A. Schönfeld-Brünn: Zur Epilepsiebehandlung durch Nebennierenreduktion (*Brüning*sche Operation) [1]).

Veranlaßt durch die von *Fischer* in Gießen vorgetragene Theorie über die Bedeutung der Nebennieren für die Pathogenese und Therapie des Krampfes, fühlte sich zuerst *Brüning* und nach ihm eine Anzahl anderer Chirurgen bewogen, die Lehren *Fischer*s in die Praxis umzusetzen und das Krampfen, dessen Hauptträger der Epileptiker ist, bei diesem durch Nebennierenexstirpation zu heilen. *Fischer* kommt auf Grund von Tierexperimenten zur Annahme, daß der Krampf auf einem im gesamten Organismus physiologisch vorgebildeten Mechanismusablauf und die Krampffähigkeit nicht lediglich eine Fähigkeit des Gehirns sei. Der Krampf sei seiner Erscheinungsform nach zunächst eine Leistung der quergestreiften Muskulatur, und es bestehe ein Zusammenhang zwischen dieser und dem Nebennierensystem. „Die Krampffähigkeit des Organismus nimmt mit Reduzierung der Nebennierensubstanz ab." Dadurch werde eine Herabsetzung der Reizansprechbarkeit der quergestreiften Muskulatur

[1]) Als Vortrag nicht gehalten, aber für den Bericht eingesandt.



erzielt. In diesem Einfluß liege die Bedeutung der Nebennierenreduktion als krampfhemmendes Mittel. Auch die Jähzornreaktion werde durch diesen Eingriff günstig beeinflußt.

Die Operationsergebnisse *Brünings* schienen sehr erfolgverheißend. Er selbst berichtete in optimistischer Weise über seine Resultate; die Nachprüfungen seitens anderer Chirurgen weisen jedoch geteilte Meinungen auf. Die Nebennierenreduktion an unseren Epileptikern wurde von dem Brünner Primararzte Dr. *Bakeš* in 10 Fällen ausgeführt. Während die (außer von *Brüning* selbst) bisher publizierten Resultate sich auf ein kleineres Krankenmaterial und eine zu kurze Beobachtungszeit beziehen, ist Autor in der Lage, während genügend langer Zeitdauer über die Folgeerscheinungen zu referieren.

Er unterstützte seine klinischen Beobachtungen durch Versuche mit hohen Adrenalindosen zwecks experimenteller Hervorrufung von Krämpfen sowohl bei den operierten Fällen, als bei nicht operierten Epileptikern und nicht krampfenden Psychosen, und faßt seine Ergebnisse folgendermaßen zusammen:

1. Die Behauptung *Fischers*, die Krampffähigkeit des Organismus nimmt mit Reduzierung der Nebennierensubstanz ab, erweist sich beim Menschen als nicht zutreffend.

2. Seine klinischen Erfahrungen im Zusammenhang mit den Resultaten der meisten Autoren tun dar, daß die Nebennierenreduktion nicht imstande ist, das Krampfbild beim Epileptiker dauernd im günstigen Sinne zu verändern oder zu heilen; nach gelegentlicher Besserung tritt zunächst der alte Krampftypus wieder auf.

3. Diese Tatsache wird bekräftigt durch einen Fall von Nebennierenexstirpation und kontralateraler Nebennierenreduktion, welcher im Status endete.

4. Die Exstirpation der Nebenniere vermag auch nicht das psychische Verhalten des Krampfenden zu beeinflussen. Die typischen Eigenschaften, wie Reizbarkeit, Jähzorn usw. werden nicht merklich tangiert, die Intelligenz nimmt nicht zu.

5. Versuche am Menschen mit hohen Adrenalingaben haben erwiesen, daß dieses Hormon allein nicht imstande ist, epileptische Krämpfe hervorzurufen.

6. Die Nebennierenreduktion birgt gewisse Gefahren in sich, denen kein entsprechender therapeutischer Effekt gegenübersteht, ist daher als krampfheilender Eingriff zu verwerfen.

Schob-Dresden: Über Hirnveränderungen bei akuter gelber Leberatrophie.

29 j. Patientin; Nov. u. Dez. 1921 Kur mit Neosalvarsan, Ende Jan. 1922 Geburt eines anscheinend normalen Kindes. Mitte März Ikterus; Ende März, 2 Tage vor dem Tode, schwere Benommenheit wechselnd mit deliranter Unruhe, kurz vor dem Tode auch Streckspasmen, unterbrochen durch schleudernde Bewegungen der linksseitigen Extremitäten. Sektion: charakteristisches Bild der akuten gelben Leberatrophie. Mikroskopisch: keine schweren herdförmigen Veränderungen, dagegen diffuse Zellausfälle. Schwere Veränderungen der Ganglienzellen, im allgemeinen entsprechend



dem Bilde der schweren Zellerkrankung *Nissls*; starke regressive Veränderungen der Glia, amöboide Umwandlung der Glia. Im Kleinhirn mehr Bild des feinkörnig-wabigen Zerfalls, im Ammonshorn und Nucleus dentatus starke vakuolige Degeneration der Zellen. Bielschowsky-Bild: starker körniger Zerfall der endozellulären Fibrillen, an Dendriten zahlreiche geblähte Stellen mit Zerfall oder Auseinanderdrängung der Fibrillen; schwere Veränderungen der Achsenzylinder. Fettbild: sehr starke Fettanhäufung in Ganglien, Glia und Adventitialzellen. Es finden sich also einerseits: Zellveränderungen, die in das Gebiet der akuten Verflüssigungszustände gehören, verbunden mit regressiver Umwandlung der Glia, andrerseits: starke Fettansammlung in Ganglien, Glia- und mesodermalen Zellen. Vortr. weist darauf hin, daß dieses gleichzeitige Vorkommen von akuten Verflüssigungszuständen und Verfettung einen besonders beachtenswerten Befund darstellt; denn gewöhnlich fehlt bei akuten Verflüssigungszuständen Fettanhäufung in den Ganglienzellen, so z. B. bei dem sogenannten ersten Typus der Veränderungen, die *Lotmar* bei seinen Versuchen mit Dysenterietoxin feststellen konnte. (Ausführlich: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.)

Aussprache über das Referat *Fischer* und die Vorträge *Walter* und *Schob*. — *Walter*-Rostock: Mein Vortrag hat schon gezeigt, daß ich eine innere Sekretion der Zirbel nicht anerkenne. Ich möchte aber noch darauf hinweisen, daß die Klinik der Zirbeltumoren sehr widerspruchsvoll ist: bald Hypertrophie bald Hypotrophie der Testes; bald Frühentwicklung der Pubes, bald nicht; bald geistige Frühreife, bald normale Psyche. Die experimentellen Untersuchungen *Foas* an Hühnern sind durch *Exner* und *Boese* bei Kaninchen nicht bestätigt. Außerdem ist ein Schluß von der ganz anders gebauten Hühner-Epiphyse auf die Physiologie der menschlichen Zirbel unzulässig. — *Sommer*-Gießen betont im Anschluß an die Ausführungen *Fischers* die Notwendigkeit, bestimmte Begriffe neu einzuführen. — *Kafka*-Hamburg weist darauf hin, daß *Fischer* zu wenig auf die Ergebnisse der Stoffwechselchemie und Humoralpathologie eingegangen und zwar wenigstens nach der negativen Seite. So sprechen die diesbezüglichen Versuche bei Epilepsie gegen einen Hyperadrenalismus, wofür Beispiele angeführt werden. Für das Jugendirresein erwähnt *K*. ebenfalls eine Reihe von Tatsachen, die dafür sprechen, daß ein aktueller Prozeß vorliegt, der vor der Psychose nicht bestand, und der in der größeren Reihe von Fällen mit Dysfunktionen der Geschlechtsdrüsen zusammenzuhängen scheint. Im übrigen stimmt *K*. mit *F*. überein, daß neben der Analyse der Psychose die präpsychotische innersekretorische Konstitution zu studieren ist. — *Hintze*-Berlin: Ich will Ihnen über Versuche der experimentellen Erzeugung von epileptischen Anfällen bei Hunden berichten, welche ich in der chirurgischen Universitätsklinik von G.-R. *Bier* und im physiologischen Institut gemeinsam mit *Schilf* angestellt habe. Von einer Wechselstrommaschine erzeugte Stromstöße von 20—40 Volt Spannung und $\frac{1}{3}$ Sek. Dauer wurden mittels in den Bindehautsack eingeführter Zinkplättchenelektroden durch Vermittlung der Nn. optici dem Gehirn der Tiere zugeführt. Es besteht nun für die Auslösung des Anfalls eine gewisse Reizschwelle, welche für die verschiedenen Versuchstiere etwas verschieden, für das Einzelindividuum aber von annähernd kon-



stanter Höhe gefunden wurde. Die Anfälle gleichen im klinischen Bilde in jeder Beziehung den epileptischen Anfällen des Menschen, auch sind sie wie diese durch Bromverabreichung beeinflußbar; es wird nämlich durch wiederholte Bromgaben die Reizschwelle für den Anfall erheblich heraufgesetzt. Einseitige Nebennierenexstirpation und andrerseits Verfütterung von erheblichen Mengen von frischer Nebennierensubstanz (an 3 aufeinander folgenden Tagen je 120 g) hatten keine Wirkung auf die Reizschwelle, weder wurde diese durch die Nebennierenexstirpation herauf- noch durch die Nebennierenverfütterung herabgesetzt, d. h. die Anfälligkeit für die experimentell ausgeförsten Krämpfe blieb in beiden Fällen unverändert. — *Weygandt*-Hamburg: Klinisch sind noch weitere Relationen beachtlich. Lues congenita ist neben Encephalitis häufigste Grundlage der Hydrozephalie; hierbei finden sich mehrfach sekundär, durch Druckwirkung Hypophysensymptome: Zwergwuchs, Lipodystrophie, Polyurie usw.; auch chondrodystrophische Hydrozephalie kann dazu führen. Manische Komponenten finden sich, wohl toxisch, bei Typhus und Tuberkulose; ferner aber endokrin bei Chondrodystrophie, Lipodystrophie, Mongolismus. Akromegalie findet sich vereinzelt mit Idiotie verbunden. Bei juveniler Paralyse ist der eunuchoide Längenwuchs endokrin, bei terminaler Paralyse die gelegentliche Fettsucht hypophysär zu erklären. Nebennierenexstirpation wurde in einer Reihe von Fällen in Friedrichsberg vorgenommen; einmal erfolgte thymärer Exitus, meist trat keine Änderung hervor, einmal kamen die Anfälle völlig zum Verschwinden, doch blieb Verdacht auf affektepileptische Grundlage. Neben der pathologisch-diagnostischen Bedeutung, die zu heben wäre durch Zufluß größeren Materials — wie es z. B. unbenutzt in den Idiotenanstalten vorkommt, — ergeben sich beträchtliche therapeutische Aussichten. — *Josephy*-Hamburg: Ich kann der Ansicht *Walter*s bez: der feineren Struktur der Epiphyse nicht zustimmen. Ich muß wie früher die Ansicht vertreten, daß die Nervenfasern in der Epiphyse aus den Kommissuren einstrahlen. Ein Teil der Randgeflechte entspricht m. E. gliösen Endfüßen. Wichtig für die Beurteilung ist nicht nur das Silbenpräparat, sondern vor allem das Fuchsinlichtgrünpräparat. Hierin sieht man zwischen der Glia ganz deutlich Zellelemente, die kaum anders wie als „Parenchym" zu deuten sind. Außerdem haben die Randgeflechte eine physiologische Bedeutung, und zwar stehen sie vielleicht mit der Liquorsekretion in Verbindung. — *E. Meyer*-Königsberg wünscht besonders die Herausarbeitung der psychotischen Einzelsymptome bei den Erkrankungen der Drüsen der inneren Sekretion, um danach den etwaigen Zusammenhang mit den fertigen psychotischen Krankheitsbildern zu beurteilen. Herrn *Walter* bittet *M.* um Aufklärung, wie sich die Zirkulation verhält bei Atrophie der Zirbeldrüse durch Tumoren. Zur Beeinflussung der Epilepsie von der Nebenniere aus weist *M.* darauf hin, daß *Klineberger* einen gewissen günstigen Einfluß bei Bestrahlung der Nebenniere gefunden hat, der sich auch in weiteren (im ganzen 20—30) Fällen bestätigt hat. — *Kirschbaum*-Hamburg: Die Befunde *Schob*s decken sich in fast allem mit den von mir beschriebenen degenerativen Gehirnparenchymveränderungen. Bei dem ersten meiner Fälle von akuter gelber Leberatrophie sind die Veränderungen noch stärker, bis zu Verödungsherden in bestimmten Rindenschichten (besonders 3. und

5. Schicht) fortgeschritten. In Fall 1 und 2 fanden sich auch herdförmige Markfaserausfälle in der Rinde und Gliaherdchen in einigen Kernen der Med. oblongata und des Thalamus. Über die Ergebnisse bei experimentell gesetzten Leberschäden (u. a. auch Phosphorvergiftung) wird in näherer Zeit berichtet werden können. — *Forster*-Berlin hebt die Verdienste der Psychiatrie um die Konstitutionsforschung hervor gegenüber den Ergebnissen der inneren Medizin und Gynäkologie. — *Bonhöffer*-Berlin fragt an, ob H. *Walter* Beziehungen der Zirbel zur Liquorversorgung des Gehirns annimmt. — *Fischer* (Schlußwort): Auch ich hatte in meinem Referat schon betont, daß eine innersekretorische Tätigkeit der Zirbel durchaus noch nicht bewiesen ist, und nach den eben vorgetragenen Untersuchungen *Walters* erscheint diese noch viel unsicherer, ja unwahrscheinlich. Immerhin bleibt auch dann die Genese der bis jetzt meist als Zirbelausfall aufgefaßten Frühreife zu beweisen. Es bliebe zu beweisen, in welcher Weise der Einfluß auf die zerebralen Reifungszentren ausgeübt wird. H. *Kafka* gegenüber möchte ich betonen, daß sich das Referat natürlich auf ein vielfaches hätte ausdehnen lassen, daß aber bei beschränkter Zeit zunächst die wesentlichsten Fragen anzufassen sind. Über den Stoffwechsel läßt sich natürlich noch nichts sagen. *K*.s Angaben über die Wirkung des Adrenalins auf Stoffwechsel und Blutbild entsprechen nicht den bisherigen Erfahrungstatsachen. Seine Auffassung über meine Ausführungen von der Stellung der Nebenniere in der Epilepsie und im Krampf ist nicht richtig. Ich habe niemals behauptet, daß hier ein Hyperadrenalismus vorliegen muß. Ich habe von Anfang an betont, daß die Nebenniere im Krampfmechanismus dieselbe Bedeutung hat, die ihr für die Muskelleistung ganz allgemein zukommt. *K*.s Ausführungen über die Stellung der Geschlechtsdrüsen in der Genese der Dem. praecox bringen nichts Neues, gerade hierauf bin ich ja in meinem Referat ausführlich eingegangen. Die Experimente von *Hintze* und *Schilf* sind mir bekannt geworden. Sie sind natürlich keine Nachprüfung meiner Experimente. Ich stimme mit *Weygandt* darin überein, daß sich auch der klinische Teil noch erheblich hätte erweitern lassen. Auf den achondroplastischen Zwerg bin ich nicht im einzelnen hier eingegangen, da mir die Art der innersekretorischen Genese noch zu unklar scheint; auch die klinischen Erscheinungen sind nicht ganz einheitlich. Die psychischen Symptome, die diese Individuen zu Hofnarren geeignet machten, zeigt nur ein Teil der Fälle. Als Dystrophia adiposogenitalis scheinen mir zum Teil Krankheitsfälle beschrieben zu sein, die in das Gebiet der heredodegenerativen oder familiären Krankheiten gehören, so auch kürzlich von *Biedl* als Hypophysenkrankheit angesprochene Fälle. Ich hatte auch Gelegenheit, mehrere solche Fälle in zwei Familien zu beobachten, m. E. handelt es sich dabei um Erkrankungen, die zur juvenilen amaurotischen Idiotie gehören. Die Stellung der inneren Sekretion in der Genese dieser degenerativen Erkrankungen scheint mir noch nicht spruchreif zu sein. Ich stimme mit *Meyer* völlig darin überein, daß es in der Hauptsache darauf ankommt, die Beziehung der innersekretorischen Funktion zur einzelnen psychischen Funktion und ihrer Störung zu klären. Wie ich ausführte, halte ich es überhaupt für ein Scheinproblem, innersekretorische Funktionen zu komplexen Psychosen klären zu wollen. Die Nebennieren scheinen mir nach wie vor die beste Eingangspforte in

den Krampfmechanismus auch zur therapeutischen Beeinflussung des Krampfes zu sein. Führt die Operation nicht zu dem gehofften Erfolge, so wird die weitere Ausarbeitung des Problems, mit der ich beschäftigt bin, andere Wege finden lassen. Vor allen Dingen müssen wir dabei auf meine Ausführungen über die Stellung der Nebenniere in der Verarbeitung exogener, auch in der Nahrung enthaltener Reize zurückkommen, deren Besprechung in dieser Diskussion zu weit führen würde. — *Walter* (Schlußwort): Zuerst möchte ich betonen, daß eine Beeinflussung der Geschlechtsentwicklung an sich durch die Zirbel auf dem Wege über die Zirkulation denkbar ist, aber ich glaube nicht, daß die Klinik der Zirbelerkrankung dafür spricht. Gegenüber den Einwendungen *Josephys* habe ich zu sagen: 1. Das Vorhandensein von Nervenfasern in der Epiphyse habe ich nicht nur nicht bestritten, sondern sogar eingehende Untersuchungen über ihren Verlauf angestellt. Nur bilden sie nicht die Randgeflechte. 2. Der Vorwurf einer Verwechslung der hypertrophischen Randgeflechtzellen mit Gliazellen kann m. E. nur von jemand erhoben werden, der erstere nicht gesehen hat, ganz abgesehen davon, daß *J.* die von mir vorgebrachten Gegengründe gar nicht zu entkräften versucht. In 3 Fällen von angeborenem starken Hydrocephalus fehlte 2mal die Zirbel, 1mal war sie völlig verkalkt. Der Einfluß der Epiphyse auf die Liquorsekretion könnte infolge des direkten Zusammenhangs von Zirbel und Tela choroidea ein unmittelbarer sein; ich halte es aber für wahrscheinlich, daß er auf dem Umwege über die Blutzirkulation erfolgt.

Klarfeld: Zur Frage der subakut verlaufenden diffusen Erkrankungen des Hemisphärenmarkes (mit Demonstrationen).

Die Fälle elektiver Erkrankung des Hemisphärenmarkes, die in die Sammelgruppe der sog. diffusen Sklerose eingehen, sind relativ so selten, daß jeder einzelne Fall zur Klärung der hier auftauchenden Probleme beitragen kann. Aus diesem Grunde wird über einen hierher gehörigen, in der Leipziger Klinik beobachteten und mikroskopisch untersuchten Fall berichtet. Ein 23jähr., einer gesunden Familie entstammendes, selbst bis dahin vollständig gesundes Mädchen erkrankte im April 1921 an Grippe. Seither kränklich, litt viel an Kopfschmerzen, war leicht ermüdbar, vergeßlich, „konnte nicht denken", wurde langsam in ihren Bewegungen. Im August trat zuerst eine Sehstörung auf, die Kranke konnte nicht mehr lesen. Mitte September bei der Aufnahme in die Klinik neurologisch geringe rechtsseitige Fazialisparese, leichtes Abweichen der Zungenspitze nach rechts, rechtsseitige Hemianopsie, Andeutung von Apraxie und Wortfindungsstörung; dabei Müdigkeit, Denkerschwerung, Schläfrigkeit. Nach einem epileptischen Anfall, der mit Zuckungen in der Hand eingesetzt hat, Verschlimmerung, aphatische Störungen von vorwiegend motorischem Typus, jedoch auch mit einer sensorischen Komponente. Im weiteren Verlauf wiederholt epileptische Anfälle, denen immer ein Fortschritt des Leidens folgte. Es stellten sich allmählich und nacheinander eine spastische Parese der r. Extremitäten mit Babinski und Fußklonus ein, Reizsymptome in Form von klonischen Zuckungen im r. Akzessoriusgebiet, rechtsseitiger Lidkrampf, Atemstörungen, konjugierte Ablenkung der Augen nach r. in einem Anfall, schließlich linksseitige

Hemianopsie. Erbrechen und Kopfschmerzen traten immer häufiger auf, eine Stauungspapille war nicht nachzuweisen. Seit Mitte Febr. 1922 dauernd Fieber bis 39,5 °, ohne nachweisbare Ursache. Schließlich Anfang April 1922, genau 1 Jahr seit Beginn der Erkrankung, Tod an Pneumonie. Sektion nur für die Schädelhöhle gestattet. Es fand sich ein ziemlich kleines Gehirn von 1003 g Gewicht, äußerlich durchaus unverändert. Auf dem Durchschnitt erwies sich das Mark der l. Hemisphäre, und zwar im Okzipitallappen und in den Zentralwindungen, graugelb verfärbt und stellenweise wie erweicht. In der r. Hemisphäre schien das Mark des Okzipitallappens ebenfalls verändert, indessen nicht so deutlich. Die histologische Untersuchung ergab folgendes: Ausfall der Markscheiden l. vom Okzipitalpol bis zur frontalen Grenze der vorderen Zentralwindung und etwas darüber hinaus, die Brocasche und die 1. Temporalwindung inbegriffen; r. Ausfall im Okzipitallappen und stellenweise im Gyrus hippocampi. Die U-Fasern sind nicht verschont geblieben. An Scharlachpräparaten erwies sich das ganze Areal der ausgefallenen Markscheiden vollgestopft mit Fett, das sowohl in Abräumzellen wie auch frei im Gewebe lag. An Bielschowskypräparaten erwiesen sich die Achsenzylinder zwar etwas weniger als die Markscheiden, aber dennoch sehr stark betroffen. An Toluidinblaupräparaten trat das Markgebiet stark blau gefärbt hervor. Es handelte sich einerseits um ein Hervortreten der retikulären Glia, andrerseits um eine zellige Vermehrung. Ein Teil der Zellen wies eine gittrige Umwandlung auf, sie entsprechen den Abräumzellen des Scharlachpräparates. Ein andrer Teil schien mesodermaler Natur; und schließlich sah man reichlich große, plasmareiche Gliazellen, die als sog. gemästete Gliazellen anzusprechen wären. An Weigert- und Mallorypräparaten erwiesen sie sich als Faserbildner. Ein Vergleich von Markscheiden-, Glia- und Tanninsilberpräparaten ergab, daß im Gebiete des Markausfalls eine reichliche faseriggliöse und zugleich mesenchymale Produktion stattfindet. Gefäßinfiltrate sind fast nicht zu finden gewesen, hier und da sah man einige regressiv veränderte Lymphozyten, äußerst spärlich; einwandfreie Plasmazellen waren nicht nachzuweisen. Gefäßendothelien schienen unverändert. Es sei noch hervorgehoben, daß der Prozeß sich nicht streng an das Mark hält; man fand auch in der untersten Rindenschicht außer Ganglienzellveränderungen eine Wucherung der großen Gliazellen und eine faserig-gliöse Produktion, allerdings nur in beschränktem Maße. — Wie ist nun dieser Fall zu etikettieren? Seit der grundlegenden Arbeit von *Schilder* sind eine Reihe einschlägiger Fälle veröffentlicht worden, so von *Jakob*, *Krabbe*, *Stauffenberg*, *Walter*, *Hermel*, *Neubürger*, *Kaltenbach*. Die meisten Autoren glauben, daß in die Sammelgruppe der sog. diffusen Sklerose zumindest drei Krankheitsprozesse eingehen: eine Gruppe von rein-degenerativen Erkrankungen, eine entzündliche und eine blastomatöse Gruppe. Der vorliegende Fall würde zusammen mit dem *Hermel*schen und *Krabbe*schen, vielleicht auch dem ersten Fall von *Schilder* zu der rein-degenerativen Gruppe gehören. Indessen muß betont werden, daß eine scharfe Trennung der degenerativen und entzündlichen Formen schwer durchführbar und vielleicht auch n u r vom morphologischen Standpunkte berechtigt ist. Die Erfahrungen bei der Encephalitis epidemica scheinen diese Anschauung zu stützen. Möglicherweise ist die

degenerative oder entzündliche Form nur der Ausdruck einer stärkeren oder geringeren Virulenz des Krankheitsprozesses. Doch ist dies nur eine Vermutung. Es wird weiter darauf hingewiesen, daß im vorliegenden Falle nicht nur die Markscheiden, sondern auch die Achsenzylinder schwer betroffen waren, daß es sich also nicht um einen „periaxalen" Prozeß, nicht um eine „Entmarkung", sondern um einen totalen Zerfall der Nervenfaser handelte. Auch dies dürfte kein durchgreifender Unterschied gegenüber der „Encephalitis periaxalis" sein; wahrscheinlich handelt es sich nur um verschiedene Grade einer und derselben Erkrankung. Weiß man doch, daß auch in den Herden der multiplen Sklerose Achsenzylinder zugrunde gehen. — Die histologischen Befunde wurden an Diapositiven erläutert.

Aussprache. — *Walter*-Rostock: Vor kurzem haben wir in Rostock einen Fall beobachtet, der unter dem Bilde des Hirntumors in wenigen Wochen ad exitum kam. Anatomisch glich er dem von *Klarfeld* beschriebenen in ganz wesentlichen Punkten. Er wird als Frühstadium einer Encephalitis periaxalis von *Braun* veröffentlicht.

Gerstmann-Wien: Der jetzige Stand der Malariatherapie der progressiven Paralyse, mit spezieller Berücksichtigung neuer Erfahrungen.

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Entwicklung, die die von *Wagner-Jauregg* eingeführte Behandlungsmethode der progressiven Paralyse mit künstlich erzeugter Malaria tertiana seit ihren ersten Versuchen 1917 genommen, über die Technik derselben und die Art ihrer Durchführung sowie über den gutartigen Charakter der Impfmalaria bespricht Vortr. an der Hand eines ausgedehnten, hinsichtlich Dauer, Stadium und Grad des paralytischen Krankheitsprozesses recht mannigfaltigen Beobachtungsmateriales die an der Wiener psychiatrischen Klinik erzielten Ergebnisse, wobei er in seinen Ausführungen den neueren Erfahrungen besondere Aufmerksamkeit zuwendet. Von 284 Fällen, in denen unter einem Behandlungsmaterial von ca. 340 die Beobachtung bereits abgeschlossen ist, zeigten 202 Fälle Remissionen verschiedener Abstufung mit ausgesprochenem Parallelismus zwischen Stadium und Form des Krankheitsprozesses und dem Zeitpunkte des Einsetzens der Remission sowie dem endgültigen Grade ihrer Ausprägung. Die Grade der vorliegenden Remissionen präsentieren sich zahlenmäßig in folgender Weise: 112 (in der Mehrzahl inzipientere) Fälle zeigen den Grad einer vollen Remission, d. h. einer Remission mit Wiedererlangung der vollen Berufsfähigkeit und ohne irgendwelche residuäre Zeichen der bestandenen psychischen Defektuosität. Die weiteren 90 (überwiegend vorgeschrittenere) Fälle weisen den Grad einer mehr oder minder unvollkommenen Remission auf, d. h. einer Remission mit mehr oder minder ausgesprochenen Residuen psychischer Defektuosität. Bei 58 dieser Fälle ist die Remission soweit vor sich gegangen, daß vorher oft stark demente Kranke durchaus geordnet, umgänglich, unauffällig und gesellschaftsfähig wurden und einen relativ beträchtlichen Grad von Arbeitsfähigkeit erlangten; manche dieser Fälle sind in einfachen Berufszweigen erwerbfähig geworden. Bei den übrigen 32 auffällig und arbeitsunfähig ge-



bliebenen Fällen, in denen es sich um weiter vorgeschrittene Formen und entsprechend lange Krankheitsdauer handelte, äußerte sich die Remission lediglich in einer gewissen Intensitätsabnahme der Demenz und in der Ermöglichung einer Lebensführung in häuslicher Umgebung wie auch ferner in weitgehender günstiger Beeinflussung etwaiger paralytischer Anfälle und eventueller Besserung bezw. Rückbildung von paralytischer Sprachstörung. Eine Sichtung des Beobachtungsmaterials ergibt, daß die vollen Remissionen eine ausgesprochene Dauerhaftigkeit erkennen lassen. In den ältesten dieser Fälle erreicht die volle Remission bereits eine Dauer von 5 Jahren. Das Auftreten eines Rezidivs unter den Fällen mit voller Remission haben wir bisher — mit vereinzelten Ausnahmen — nicht beobachtet. Auch in den Fällen unvollkommener Remission zeigt sich eine deutliche Neigung zur Dauerhaftigkeit, wenn auch nicht in dem Ausmaß wie in den Fällen mit voller Remission. Histologische Untersuchungen des Gehirns in drei in der Remission infolge interkurrenter Erkrankung verstorbenen Fällen haben einen ausgesprochen günstigen Einfluß der Malariatherapie auf den histologischen Prozeß der p. Paralyse ergeben.

Aussprache. — *Weygandt*-Hamburg: In Hamburg sind etwa 200 Fälle, z. T. im 4. Jahre, in Beobachtung. Die Erfolgzahlen sind eher etwas höher als die von Wien. Häufige Katamnesen zeigen erfreuliche Fälle: Aufsteigen im Beruf, 12stündige Tagesarbeit, anstrengende Auslandsreisen, schwierige Kalkulationen usw. Ein Pat. von 65 J., mit Aortenaneurysma, wurde wieder berufsfähig. Wassermann-Serum scheint besonders hartnäckig. Mehrfach wurde erfolgreich nachbehandelt mit Neosalvarsan, intravenös oder endolumbal. Rekurrensimpfung zeigte keine Vorzüge, mehr Bedenken. — *Wollenberg*-Breslau fragt an, ob die Herren, welche die Malaria-Behandlung in größerem Umfang betreiben, Hausinfektionen erlebt haben, und welche Schutzmaßregeln dagegen zu treffen sind. — *Kirschbaum*-Hamburg: Es ist mir in verschiedenen Versuchsreihen fast regelmäßig gelungen, die Malaria-tertiana-Erreger außerhalb des menschlichen Körpers virulent zu erhalten. Entnimmt man vor dem Fieberanfall steril 10 ccm Malariablut, defibriniert es in geschlossener steriler Flasche mittels Glasstabs und gibt 0,5 bis 1,0 ccm 50 %iger Dextroselösung hinzu (Methode nach *Mühlens*), so hält sich das Blut bei 37° im Brutschrank 10—24 Stunden und mehr infektiös. Die Aufbewahrung infektiösen Blutes ist dann von Wichtigkeit, wenn bei einem Pat. das Fieber rasch koupiert werden muß und erst am nächsten Tage ein neuer Pat. zur Impfung gelangen kann. Auch der Transport derart vorbehandelten sterilen Blutes ist möglich. So wurden 10 ccm defibrinierten Malariablutes (der Fibrinkuchen wurde vorher entfernt) in vorgewärmten Gläsern steril verschlossen in der inneren Rocktasche (körperwarm) im D.-Zug von Hamburg nach Greifswald transportiert und nach 10 Stunden in Greifswald auf zwei Paralytiker zwecks Behandlung geimpft. Beide Fälle bekamen nach 11—12tägiger Inkubation eine gewöhnliche Malaria tertiana, die sich in nichts von jeder anderen unterschied. Daß acht- bis zwölfstündiges Mitsichherumtragen derartig behandelten körperwarm gehaltenen Blutes die Infektiosität nicht wesentlich beeinträchtigt, beweisen einige weitere stets positive Impferfolge. Schon seit 3 J. wissen



wir, daß Malariablut außerhalb des Körpers mindestens 3 Stunden virulent gehalten werden kann. Demnach ist es wohl möglich, ohne die Umständlichkeit, den Pat. transportieren zu müssen, auch auswärts zu impfen, was für entferntere Kliniken von Wert sein kann. Die Behandlung darf aber nur im Krankenhause erfolgen, erfordert gewissenhafteste Kontrolle! Unsere Hamburger Ergebnisse stimmen mit den schönen Resultaten *Gerstmann*s überein; gerade die besonders guten Erfolge der Malariabehandlung lassen weitere Nachprüfungen sehr empfehlen. — *Wagner v. Jauregg*-Wien beantwortet die Frage H. *Wollenberg*s dahin, daß er vor Aufnahme der Malariaversuche das Areal der psychiatrischen Klinik nach Anopheles-Mücken absuchen ließ, mit negativem Erfolge. Damals bestand noch die Befürchtung, daß durch die massenhaft vom Kriegsschauplatze heimkehrenden malariakranken Soldaten die Malaria als endemisch nach Wien eingeschleppt werden könnte. Diese Befürchtung hat sich als unbegründet erwiesen. Auch von den geimpften Paralytikern ist in keinem einzigen Falle die Übertragung der Malaria auf andere beboachtet worden. Die Gefahr der Übertragung ist offenbar in unsrem Klima überhaupt nur ausnahmsweise gegeben, da es nicht bloß auf die Anwesenheit der Anopheles ankommt, wodurch die Gefahr schon für mindestens 8 Monate im Jahre ausgeschlossen ist, sondern auf eine gewisse Minimaltemperatur, ohne welche die Entwicklung der Plasmodien in der Anopheles nicht möglich ist.

2. Sitzung 21. September, nachm. 3 Uhr.

Die durch das Los zum Ausscheiden bestimmten Vorstandsmitglieder *Baumann*, *Gaupp* u. *Weygandt* werden durch Zuruf, gegen den sich kein Widerspruch erhebt, wiedergewählt.

Dem Schatzmeister wird Entlastung erteilt und eine Erhöhung des Jahresbeitrags auf 25 M. beschlossen.

Dem Vorstand der Heinrich Laehr-Stiftung wird Entlastung erteilt.

Schmitt-Leipzig: Beitrag zu den Kolloidreaktionen des Liquors. Die Kollargolreaktion bildet mit geeignetem Kollargol eine Bereicherung der Kolloidreaktionen (Goldsol- u. Mastix- und Normomastix-Reaktion), vor denen sie den Vorzug der Billigkeit und viel größerer Einfachheit hat. Notwendig ist die Herstellung eines konstant wirkenden Kollargols von seiten der Fabriken.

Aussprache. — *Kafka*- Hamburg teilt mit, daß in seinem Laboratorium *Nakamura* sich sorgfältig mit der *Ellinger*schen Kollargolreaktion beschäftigt hat, ohne günstigere als rein quantitative Ergebnisse zu erhalten. *K.* freut sich, daß Vortr. bessere Resultate erzielt, und führt die Divergenz in den Ergebnissen auf den wechselnden Schutzkolloidgehalt des Kollargols zurück. Bezüglich der Normomastixreaktion fragt K. den Vortr. nach den Ergebnissen, die ja nach seinen Andeutungen gut zu sein scheinen, und bespricht eine Reihe technischer Einzelheiten. — *Ellinger*-Heidelberg: Das von Heyden gelieferte Kollargol hat große Differenzen im Schutzkolloidgehalt, so daß es notwendig erscheint, vor Anstellung der Reaktion einmal die Lösung mit sicher Wa + Liquoren zu eichen. Die



Stammlösung ist dann unbegrenzt haltbar. Zwischen Verdünnungen von $^1/_8$—$^1/_{64}$ sind mir unspezifische Reaktionen nicht untergelaufen.

S. Fleischmann-Kiew: Über die Enzephalitisepidemie in der Ukraine. Das Auftreten der ersten Enzephalitisepidemie in der Ukraine im Winter 1919/1920 fiel mit der intensivsten Phase des Bürgerkriegs zusammen. Das Vorrücken der Armeen von Süden und Westen her ging der Verbreitung der Epidemie voraus. Am zahlreichsten waren die Fälle im besagten Winter, es kamen aber gehäufte akute Erkrankungen auch im Herbst 1920, sowie im Herbst 1921 zur Beobachtung. Bemerkenswert ist, daß das Aufflackern der Enzephalitisepidemie zeitlich stets mit den Perioden zusammenfiel, in denen der Flecktyphus am stärksten unter der Bevölkerung wütete. Es wurde daher von mancher Seite versucht, die epidemische Enzephalitis als eine Art Flecktyphusencephalitis darzustellen. Daß aber diese Auffassung ganz unhaltbar ist, ergibt sich unter anderem aus den charakteristischen, jetzt schon allgemein bekannten, auf extrapyramidale Affektionen zurückzuführenden Folgezuständen der Encephalitis epidemica, die sich von den Erscheinungen der Flecktyphusenzephalitiden scharf unterscheiden. Die Vielgestaltigkeit der Krankheit zeigte sich gleich in den ersten Fällen. Tumoren wurden einige Male vorgetäuscht. Neben abortiven Fällen, in denen man bei oberflächlicher Beobachtung z. B. an eine periphere Fazialislähmung hätte denken können, kamen andererseits fulminante Fälle vor, in denen in 1—2 Tagen der Exitus eintrat. In einem Falle wurde Herpes zoster beobachtet. Der Liquor war nur selten von normaler Beschaffenheit, in einem Falle ergab wiederholte Punktion haemorrhagische Flüssigkeit. Besonderes Interesse beanspruchen 2 Fälle, die im chronischen Stadium streng rhythmische, im Schlafe nicht verschwindende Flexions- und Pronationsbewegungen in den oberen Extremitäten zeigten. Diese Kontraktionen waren synchron mit den Atmungsbewegungen, deren Frequenz ungewöhnlich hoch (45 bis 50 pro Minute) war. Als Ursache dieser Hyperkinese lassen sich wohl Störungen in den Isolationsvorrichtungen des nervösen Atmungsmechanismus vermuten. Diese Störungen werden u. a. zur Folge haben, daß die rhythmischen Reize, die die Phrenikuskerne treffen, auf die in Frage kommenden motorischen Zellgruppen der darunter liegenden Halssegmente übergreifen. In vielen Fällen folgten im chronischen Stadium auf Besserungen akute Verschlimmerungen. Man konnte vereinzelt ausgesprochene akute Rezidiverkrankungen beobachten. Besonders schlecht pflegte die Krankheit bei Kindern zu verlaufen.

Gröbbels-Hamburg: Zur Anatomie und Physiologie des Ernährungssystems der nervösen Zentralorgane.

G. weist auf das von ihm entdeckte und am Tier experimentell bewiesene System feinster Lymphkanäle hin, deren Darstellung ihm durch färberische Fixierung des Kochsalzes der Lymphflüssigkeit gelungen ist. Durch seine Befunde ist die Ansicht, daß das ZNS. über kein Lymphgefäßsystem verfügt, widerlegt. *G.* beweist an Hand der Tatsachen die Bedeutung seiner Entdeckung für das Verständnis der krankhaften Erscheinungen im NS., besonders für die Wanderung des Syphiliserregers.



Auf die Physiologie übergreifend macht er auf die Bedeutung des Nervenkreislaufs und seine Beziehungen zur inneren Sekretion aufmerksam.

Aussprache. — *Klarfeld*-Leipzig weist darauf hin, daß der Vortr. die sehr wichtige Frage der präformierten Lymphwege im ZNS. auf Grund von Präparaten beantwortet, die mit einer neuen Methode hergestellt werden. *Kl.* möchte zuerst die Zuverlässigkeit der Methode erproben, ehe so weitgehende Schlüsse aus ihren Ergebnissen gezogen werden. — *Fischer*-Prag macht darauf aufmerksam, daß er s. Z. eine Art natürlicher Injektion der Perizellulärräume mit Karzinomzellen und *Gillig* mit polynukleären Leukozyten in der Nähe von Hirnabszessen beschrieben habe; er hatte weiter die Lymphräume im Gehirn so darzustellen vermocht, daß er Bakterien im Gehirn wachsen ließ, und konnte damit (die Arbeit ist noch nicht veröffentlicht, trotzdem die Untersuchungen schon vor dem Kriege abgeschlossen wurden) die Existenz der perizellulären Räume und weitgehende Verzweigungen derselben nachweisen.

J. H. Globus-New York und *A. Jakob*-Hamburg: Einige Bemerkungen zur Histopathologie der amaurotischen Idiotie.

Ausgehend von der Wichtigkeit der vergleichenden histologischen Krankheitsforschung werden zunächst die Verwandtschaftsbeziehungen der verschiedenen Formen der amaurotischen Idiotie zueinander und zu den hereditären Kleinhirnerkrankungen wie zu der *Merzbacher-Pelizaeus*schen Krankheit kurz erörtert; sodann werden einige wichtige Forschungsergebnisse besprochen, die sich bei der Untersuchung von zwei Fällen *Tay-Sachs*scher (infantiler) amaurotischer Idiotie und von einem juvenilen (*Vogt-Spielmeyer*schen) Fall dieser Krankheit herausstellten. Zum Vergleiche diente ein typischer infantiler Fall von *Forster*-Berlin und ein Fall von subkortikaler Enzephalopathie des frühen Kindesalters (*Globus-Strauß*). Die beiden infantilen Fälle boten den gewöhnlichen klinischen Befund. Die Kinder erkrankten sehr frühzeitig im Alter von fünf bis sechs Monaten und starben beide im Alter von 17 bis 18 Monaten. Beide sind aus jüdischer Familie. Der juvenile Fall ist aus einer christlichen Familie, ist familial, zeigte zunächst eine normale Entwicklung, erblindete offenbar frühzeitig (Sehnervenatrophie ohne Maculabefund) und starb als blinder epileptischer Idiot im Alter von 20 Jahren. Bei allen drei Fällen ist die *Wassermann*sche Reaktion negativ. Allen drei Fällen ist gemeinsam die typische *Schaffer*sche Zellentartung der grauen Substanz. Die eingelagerten Produkte geben die bekannten Reaktionen und verhalten sich bei den verschiedenen Fällen verschieden gegen Osmium und Scharlach. In den infantilen Fällen sind scharlach-fettige Abbauprodukte, vornehmlich in den gliogenen Körnchenzellen, zu finden, bei relativer Scharlach-Fettarmut in den Ganglienzellen (dabei unterschiedliches Verhalten der beiden Fälle). Im juvenilen Falle steht die Gliafettarmut im Gegensatz zu den fettreichen Ganglienzellen. Bei dem einen infantilen Falle a) und dem juvenilen Falle geben die eingelagerten Produkte in Glia und Ganglienzellen eine spezifische Reaktion bei der Gold-Sublimatmethode *Cajals* (kräftige Rotfärbung) und bei der *Schaffer*schen Modifikation der *Weigert-Pal*-Methode im Einklange mit der Scharlach-Reaktion und stark zurücktretender *Marchi*-Reaktion. Der andere Fall b),



der diese Reaktion der Abbauprodukte nicht gab, dagegen eine vorherrschende *Marchi*-Reaktion, zeichnete sich durch faserbildende Gliazellen gegenüber der mehr protoplasmatischen Gliareaktion der anderen Fälle aus. Die Gliareaktion im Grau ist verschieden in den drei Fällen. Im infantilen Falle b) herrscht die Faserbildung vor im Sinne von Sklerose, hier wenig freie Körnchenzellen in der Rinde bei erhöhtem Fettreichtum der Gefäßlymphscheiden. Bei dem infantilen Falle a) mit zahlreichen Fettkörnchenzellen im Parenchym und Fettreichtum der Gefäßlymphscheiden zeigen sich stellenweise starke protoplasmatische Gliawucherungen. Hier finden sich auch vereinzelt abgerundete Gliazellen mit großen Vakuolen, in denen sich keine Abbauprodukte mit allen Färbungen nachweisen lassen. Das gleiche gilt für den juvenilen Fall, wo diese Zellformen bei weitem vorherrschen. Der juvenile Fall zeichnet sich auch durch Gliarosettenbildung in der Rinde aus auf dem Boden zerfallender Ganglienzellen. In allen drei Fällen weist das Kleinhirn deutliche atrophische Störungen auf, im juvenilen Fall am leichtesten ausgesprochen (Untergang einzelner *Purkinje*schen Zellen), bei typischem *Schaffer*schen Prozesse. Die infantilen Fälle zeigen hochgradige Kleinhirnatrophien (völlige Verödung der Körner- und Purkinjeschicht mit entsprechenden Gliawucherungen), — Beziehungen zu den hereditären Kleinhirnerkrankungen, jedoch im Sinne *Bielschowskys* als spezifische Erkrankung der amaurotischen Idiotie aufzufassen. Die beiden infantilen Fälle zeichnen sich durch hochgradige Veränderungen des Marklagers aus. In dem Falle a) liegt eine völlige Entmarkung des Marklagers vor mit reichlicher Körnchenzellbildung im Mark. Im anderen Falle b) ist eine weitverbreitete, mehr inselförmige Entmarkung des Marklagers gegeben mit stellenweiser Ansammlung von Körnchenzellen im Mark. Im ersten Falle a) besteht die Gliareaktion im Mark fast ausschließlich in der Bildung massenhafter Fettkörnchenzellen, die auch die Gold-Sublimatreaktion geben. Im anderen Falle b) mit stellenweiser, aber nicht so reichlicher Fettkörnchenzellentwicklung ohne Gold-Sublimatreaktion herrschen im Mark starke protoplasmatische und faserbildende Gliareaktionen vor. Im Falle a) sind die Achsenzylinder großenteils auch ausgefallen mit völliger Entartung der Projektionsbahnen, insbesondere der Pyramidenbahnen. Im Falle b) ist nur ein relativer Ausfall von Achsenzylindern festzustellen, bei erhaltenen Pyramidenbahnen und Entmarkung der fronto- und temporopontinen Bahnen. Für das Kleinhirn gelten ähnliche Gesetze. Beide Fälle zeichnen sich durch schwere Achsenzylinderveränderungen aus (stellenweise Auftreibungen verschiedener Art). Eine besondere Auswahl früh- oder spätmarkreifer Gebiete liegt nicht vor, — Beziehungen zu dem *Brodmann*schen spätinfantilen und dem *Bielschowsky*schen Falle mit starkem Markschwund, Beziehungen zu der *Merzbacher-Pelizaeus*schen Krankheit. Schließlich ist noch hervorzuheben, daß die Ganglienzellerkrankung bei dem juvenilen Falle nicht ganz ubiquitär ist. An vielen Stellen erkennt man neben spezifisch veränderten Ganglienzellen solche, die mit allen Methoden normal aussehen. Auch im infantilen Falle b) sind vereinzelte guterhaltene Zellen sichtbar. Die Ganglienzellerkrankung führt zu Ganglienzellausfällen in der Rinde mit verschiedener Betonung an verschiedenen Arealen und führt in einzelnen Rindengebieten zu



laminärer Degeneration, so z. B. in der Temporalrinde von Lamina III, besonders IIIa, und in der Calcarinaformation von Lamina IVb und stellenweise auch IVa.

Aussprache. — *Spielmeyer*-München hat auch einen Fall der juvenilen Form von amaurotischer Idiotie (aus der Münchener Kinderklinik, Prof. *v. Pfaundler*) untersucht, in welchem sich neben typisch erkrankten Ganglienzellen intakte oder erst in leichtestem Grade veränderte Elemente fanden. Man darf hier sagen, daß der besonders langsam verlaufende Prozeß diese Zellen noch nicht ergriffen hat. Das erklärt in dem erwähnten Fall auch das Fehlen des klinischen Symptomes der Blindheit (weshalb dieser Fall übrigens auch klinisch nicht diagnostiziert werden konnte); die Zellenveränderungen im optischen Apparat waren erst angedeutet. — Auf die Bemerkung des Vortr. hinsichtlich der jüngsten Veröffentlichung von *C.* u. *O. Vogt* über elektiven Schichtenschwund ist zu erwidern, daß uns Bilder einer vorwiegenden Erkrankung bestimmter Schichten nicht „neu“ und unbekannt sind. Wir kennen sie längst aus *Nißls* und *Alzheimers* Darlegungen, und jeder, der sich mit der Histopathologie der Rinde beschäftigt, weiß aus eigener Erfahrung, daß manche Prozesse verschiedene bzw. bestimmte Rindenschichten mit Vorliebe herausgreifen und zerstören. Über diese bekannten Tatsachen hinaus ist *C.* u. *O. Vogt* der Beweis einer laminären Systemerkrankung nicht gelungen.

Josephy-Hamburg: Zur Histopathologie der Dementia praecox.

In allen Fällen von Dem. praecox finden sich krankhafte Veränderungen des Gehirns. Sie betreffen vornehmlich die Rinde. 1. Stets finden sich Erkrankungen der Nervenzellen und der Glia und zwar vornehmlich in der Form der wabigen Degeneration (Verfettung) und Sklerose der Ganglienzellen und als leichte regressive und progressive Veränderungen der Glia. Besonders ist eine Wucherung der Randglia nicht selten. Die Veränderungen der Ganglienzellen sind nie ganz gleichmäßig über die Rinde verbreitet. Erstens zeigt sich oft eine besondere Beteiligung des Stirnhirns, und zweitens sind häufig bestimmte Rindenschichten — vor allem Brodmann III und V — stärker ergriffen als die übrigen. 2. Eine kleine Gruppe von Fällen läßt eigenartige, ziemlich gut umschriebene plasmatische Gliawucherungen im Bereich der Markleiste erkennen. Diese Herdchen sind früher schon von *Alzheimer* und *Walter* beschrieben worden. Sie sind, wie es scheint, charakteristisch für die Dementia praecox. 3. Bezüglich der Rindenarchitektonik lassen sich trennen Fälle, in denen die Schichtung nicht gestört ist, bei denen also Zellausfälle nicht nachzuweisen sind, und solche, bei denen es zu Ausfällen von Nervenzellen in der Rinde gekommen ist. Diese Fälle mit architektonischen Störungen sind häufig und sehr wichtig. Man findet bei ihnen in sehr charakteristischer Weise einen diffusen oder auch mehr umschriebenen Schwund von Ganglienzellen, vorwiegend in der dritten, daneben in der fünften Schicht. Die II., IV. und VI. Schicht sind im allgemeinen intakt oder lassen nur ganz geringe Ausfälle, die denen der III. und V. wesentlich nachstehen, erkennen. Typisch für diese Zell-



ausfälle ist die fehlende Reaktion der Glia und des Mesenchyms. Bezüglich der Topographie ist eine Bevorzugung des Stirn- und Schläfenlappens deutlich. — Diese drei Kategorien von Veränderungen haben sicher irgend etwas mit der Psychose zu tun und sind nicht etwa akzidentell, d. h. durch interkurrente, somatische Erkrankungen, die Agone etc. hervorgerufen. Ein Teil von ihnen ist derartig schwer, daß er für die Funktion der Hirnrinde nicht bedeutunglos sein kann, wenn auch natürlich eine Erklärung der psychotischen Symptome aus dem histologischen Befund nicht möglich ist. Es ist weiterhin wichtig, daß in manchen Fällen von Dem. praecox sich auch Veränderungen im tiefern Grau nachweisen lassen. Es erscheint nicht unmöglich, daß gewisse Symptome speziell der Katatonie auf diese Schädigungen zurückzuführen sind. — Aus den Befunden sind folgende Folgerungen zu ziehen: 1. die Dem. praecox ist eine organische Erkrankung des Gehirns. Ihr anatomisches Substrat sind histologisch nachweisbare Schädigungen der Hirnsubstanz, vor allem des Cortex. 2. Es ist aus den histopathologischen Befunden mit großer Wahrscheinlichkeit zu schließen, daß die Gruppe der Dem. praecox nicht einheitlich ist. Es lassen sich vielmehr schon jetzt einige Untergruppen unterscheiden. Vor allem sind die Fälle ohne Zellausfälle in der Rinde von denen mit solchen abzutrennen. Vielleicht bilden auch die Beobachtungen mit den Gliaherdchen an der Markleiste eine eigene Untergruppe. Es ist aber nicht zu übersehen, daß Beziehungen zu der üblichen Einteilung der Klinik kaum zu erkennen sind. Nur dürften die Fälle mit architektonischen Störungen identisch sein mit denen, die „verblöden". Die ohne solche Störungen können wohl „ausheilen", bzw. gute „Remissionen" zeigen. Die Beobachtungen mit Gliaherdchen an der Markleiste sind klinisch durchweg „schwere" Fälle gewesen. 3. Diagnostisch zu verwerten sind mit großer Wahrscheinlichkeit die Gliaherdchen und die Ausfälle von Ganglienzellen in bestimmten Schichten. 4. Die Zellausfälle in der III. und V. Schicht sind Zeichen ihrer besonderen Anfälligkeit (Pathoklise im Sinne von *C.* und *O. Vogt*). Ihre Histogenese ist noch nicht geklärt. Es handelt sich vielleicht um Endzustände pathologischer Prozesse ganz verschiedener Art. 5. Ätiologisch dürften für die Hirnschädigung bei Dem. praecox toxische (endotoxische) Vorgänge in Frage kommen. Eine Erkrankung der endokrinen Drüsen konnte aber vom Ref. in Übereinstimmung mit vielen anderen Autoren und im Gegensatz zu neueren Angaben *Motts* histologisch nicht nachgewiesen werden.

Aussprache. — *Walter*-Rostock: Zu den Gliaherdchen, die der Vortr. erwähnte, möchte ich kurz sagen, daß die von mir beschriebenen Herde doch etwas größer zu sein scheinen, als die von *J.* demonstrierten. Neuerdings habe ich bei einer schweren Katatonie eine ziemlich diffuse Gliawucherung in der vorderen Zentralwindung gefunden. Beziehungen zu bestimmten klinischen Formen konnte ich nicht konstatieren.

Kehrer-Breslau: Methodische Fragen und Gesichtspunkte der neueren Psychiatrie.

K. gibt einen kritischen Überblick über die Wege, die neuerdings beschritten wurden oder als aussichtsvoll erscheinen, von dem „künstlichen System" *Kraepelins* zu einem „natürlichen System" der Psychosen



zu kommen. Der erste Versuch ist die Aufstellung einer Bilanz verschieden gearteter Ursachenkoeffizienten, wie sie Vortr. zuerst bei den Kriegsneurosen des Gehörs, *Kretschmer* beim „sensitiven Beziehungswahn“ zur Anwendung brachte, die letzterer als „mehrdimensionale Diagnostik“ bezeichnete, und *Birnbaum* als „Strukturanalyse“ theoretisch scharf herausgearbeitet hat. Voraussetzung ist eine Vertiefung aller bisher schon geübten Untersuchungswege: der Zustandserfassung, der autoanamnestischen Rekonstruktion und der biographischen Auswertung resp. der Einfühlung. Die Einwände gegen letztere werden erwogen, z. T. abgelehnt. Diese nosologisch gerichtete klinische „Psychographie“ erfährt eine wichtige Stütze in der Variationsforschung (*W. Stern*) individueller und soziologischer Komplexe, d. h. der systematischen, tunlichst monographischen Durchuntersuchung aller spezifisch humanen seelischen Grundeinstellungen und -situationen (z. B. Mißtrauen, Ressentiment, Aberglaube resp. Mystik, sexuelles Unbefriedigtsein, Familie, Ehe usw.) bei allen abnormen Konstitutionen, Charakteren und Krankheitseinheiten. Diese Art allgemeiner Psychopathologie ist heutzutage mindestens ebenso wichtig wie die allgemeine Psychopathologie der Elemente. Den Unterbau der klinischen Psychographie im angedeuteten Sinne werden liefern die ätiologischen Forschungswege: Erblichkeits- und Stammeslehre auf der einen Seite, Konstitutionslehre auf der anderen Seite, deren Bearbeitung die dringendste Aufgabe der neueren Psychiatrie ist. Methodisch heben sich heraus die neue Phrenologie *Kretschmers*, d. h. die Untersuchung der morphologischen Stigmen, wie sie von *Gall* über *Lombroso* kommend *Kretschmer* in die Psychiatrie der Psychosen eingeführt hat — ihre Brauchbarkeit wird von dem Ergebnis der Gegenprobe durch große Massenuntersuchungen Geistesgesunder, innerlich Kranker etc. abhängig zu machen sein —, und als prinzipiell noch bedeutungvoller die Untersuchung der Reagibilität des gesamten vegetativ-animalen Nervensystems (vom Habitus zur Disposition!). Wir können davon bisher nur Ausschnitte sehen: in dem vegetativen Status und seinen Beziehungen zu animalischen Funktionsabwandlungen, z. B. in der von *W. Jaensch* wahrscheinlich gemachten Korrelation zwischen Psychosensorium und innersekretorischer Stigmatisierung. Ebenso untersuchungsbedürftig sind die Korrelationen zwischen Vegetatorium und Psychomotilität (Temperament des sympathikotropen Basedowikers, Affektepileptikers etc., legato und staccato (*Rieger*) als Ausdruck des synoiden und schizoiden Temperaments etc.). Daß die Erforschung der körperlichen Begleiterscheinungen seelischer Störungen noch immer wertvollste Einblicke in das Wesen der Psychosen verschaffen kann, zeigen die Untersuchungen *Loewensteins*. Experimentelle Physiologie des Vegetatoriums und experimentelle Psychologie haben systematisch Hand in Hand zu arbeiten. Aber auch sonst verspricht die experimentelle Psychologie der Psychiatrie wertvolle Dienste zu leisten. *Kraepelins* Programm einer „experimentellen Menschenkenntnis“ von 1894 sollte mit Hilfe der fortgeschrittenen Methoden der modernen Experimentalpsychologie neu in Angriff genommen werden und zwar im Sinne einer verstehenden Psychologie der das Krankheitsbild beherrschenden Symptome durch genaueste experimentelle Ergründung der pathoplastischen Funk-



tionäre wie sie auf Veranlassung *K.*s *S. Fischer*-Breslau in Angriff genommen hat. Die durch den „psychologischen Blick der Intuition“ erfaßte Art dessen, was man Charakter, Temperament, Naturell nennt, muß durch die soweit nur irgend angängig systematische Erforschung der Anschauungs-, Denk-, Fühl- und Willensweisen ergänzt werden. Am Beispiel einer Wahnreaktion auf Grund illusionärer Deutung wird dies veranschaulicht. Trotzdem von dieser Untersuchung alle nicht besonnenen Kranken ausgeschlossen sind, verspricht nach Ansicht des Vortr. dieser Weg doch für das Verstehen nicht bloß der sog. funktionellen Psychosen, sondern auch der symptomatischen Psychosen (Alkoholhalluzinosen etc.) und vor allem der Unterscheidung der schizoiden und nichtschizoiden Psychopathentypen mancherlei zu leisten.

Stransky-Wien- Grenzen der phänomenologischen Forschung in der Psychopathologie.

Str. beschäftigt sich mit jener neuerdings auch in der klinischen Psychiatrie zum Durchbruch gelangenden Forschungsrichtung, welche unsere Erkenntnisse über das seelische Geschehen, insonderheit das abnorme seelische Geschehen, vor allem auf die vom erforschten Individuum gelieferte Darstellung seines seelischen Innenlebens aufbauen möchte. Vortr. leugnet nicht die großen Verdienste dieser Richtung um die feinere Seelenanalyse, insbesondere um die Individualpsychopathologie. Allein es haften ihr doch auch Fehlerquellen an, welche nicht erlauben zu sagen, daß ihr größere Sicherheit zukomme, als der mehr überschauenden, auf die großen Richtlinien vor allem achtenden Pluralpsychologie, wie sie in der rein klinischen Forschung immer noch vielenorts vorherrscht. Vor allem darf man — wie vor Jahren schon *Jung* und später u. a. auch Vortr. betont haben — nie vergessen, einen wie bescheidenen Bruchteil des seelischen Innenlebens Sprache und Schrift aufzudecken vermögen; es gilt dies nicht nur in quantitativer, sondern mindestens ebensosehr in qualitativer Hinsicht. Was das Einzelindividuum über Innenvorgänge berichtet, besonders das minder gebildete, ist zudem — wie die Aussageforschung genugsam dargetan hat — nur zu oft durch affektive und assoziative Dynamik verfälscht; und vollends ist bei Kranken, zumal bei Schizophrenen mit ihrer weitgehenden innerseelischen Zerfahrenheit, der sprachliche (und schriftliche) Ausdruck ein nichts weniger als restlos treues Spiegelbild des Innenlebens; ganz abgesehen davon, daß manche neuartige krankhafte Innenvorgänge sich vom Kranken kaum aufklären lassen, mindestens nicht ohne auf Erfahrung gestützte ärztliche Mithilfe. Vortr. illustriert dies alles an der Hand eigener Kasuistik. Er folgert daraus, daß es notwendig ist, als Korrektiv aller individualpsychologischen Phänomenologie (und erst recht der heute ebenso verbreiteten, z. B. der psychoanalytischen, Deutungspsychologie) die mehr auf die gröberen, allgemeineren und objektivierbareren Wesenszüge achtende Pluralpsychologie erst recht beizubehalten: denn nur sie gestattet, viele Linien bis zu jenen Kreuzungspunkten zu führen, die allgemeiner gültigen Wahrheiten entsprechen. (Ausführlich: Mtschr. f. Psych. u. Neurol.)

Aussprache über die Vorträge *Kehrer* u. *Stransky*. — *Bumke*-Leipzig: Mir scheint, daß in der Frage der Methodik unserer Wissen-



schaft zurzeit Gegensätze konstruiert werden, die so nicht bestehen oder nicht zu bestehen brauchten. Man würde doch an der Lebensarbeit *Kraepelins* keine härtere Kritik üben können, als wenn man behauptete, daß die von ihm erstrebte Abgrenzungsarbeit heute noch gleich erforderlich sei wie vor 20 oder 30 Jahren. Die von *Kraepelin* aufgestellten Krankheitsformen können sehr wohl als Ausgangspunkt weiterer Forschungen dienen, wenn man nur in ihnen nichts sieht als große Rahmen, die nicht starr, sondern nach allen Richtungen beweglich sind, und in die feinere Tönungen der Krankheitsbilder erst noch hineingezeichnet werden müssen. Insofern ist das, was *Birnbaum* „Strukturanalyse“ und *Kretschmer* „mehrdimensionale Diagnostik“ nennen, notwendige Ergänzung und logische Fortführung der systematischen Arbeit der letzten Jahrzehnte. Von *Kehrer* weiche ich nur darin ab, daß ich mir von experimentell psychologischen Arbeiten in dieser Hinsicht sehr wenig verspreche. Wir werden komplexe seelische Vorgänge studieren müssen, wenn wir das Verständnis der funktionellen Geistesstörungen fördern wollen. In diesem Sinne müssen wir also „Phänomenologie“ treiben. Aber mit *Husserls* Phänomenologie hat das gar nichts zu tun. Dieser will ja überhaupt keine Tatsachen finden, sondern „Wesenserkenntnisse“, und die Psychiatrie wird sich doch wohl an Tatsachen halten müssen. Wir haben ja Beispiele, was sonst geschieht: man schaut in sich hinein und findet seine Seele in ein paar Ganglienzellen des dritten Ventrikels. Ich meine, wir sollten diese Tätigkeit doch den Anthroposophen überlassen.

Kronfeld-Berlin: Eine überempirische Fundierung wird der phänomenologischen Einstellung, wenigstens in der Psychiatrie, völlig grundlos und mißverständlich imputiert. Wird dies eingesehen, so ist ihre Anwendung, wie *Bumke* gesagt hat, auch für die Klinik nicht nur eine methodische Notwendigkeit, sondern auch eine Selbstverständlichkeit. Daß sie Fehlerquellen hat — die von *Stransky* erwähnten gelten übrigens nur komparativ, nicht schlechthin —, teilt sie mit allen Erkenntnisweisen; dies ist kein Einwand. Daß die Erkenntnis des fremden Ich ein Problem bildet, darauf ist die Klinik von sich aus überhaupt nicht gekommen: erst die phänomenologische Fragestellung hat also *Stranskys* Einwände ermöglicht und hat sie auch zu beseitigen gewußt. Alle klinische Symptomatik ist im Grunde schon Phänomenologie, nur abstraktiv und theoretisch einseitig substruierte, heterologische. Welchen Gewinn die Klinik von dieser Methode haben wird, darüber sind Prophezeiungen verfrüht. Wir leugnen aber nicht, daß wir eine Einstellung zu den geistig-seelischen Phänomenen für berechtigt halten, der gegenüber alle klinischen uns als unzulänglich gelten. Glaubt man denn wirklich, etwa dem Wesen des Genialen beispielweise unter klinischen und überhaupt biologischen Kategorien im weitesten Sinne irgendwie gerecht werden zu können? Konkrete Vergegenwärtigung genügt, um diese Frage negativ zu entscheiden. Mag man eine derartige, anders gerichtete Wesenserfassung „philosophisch“ nennen, — mag es selbst durchaus problematisch sein, ob sie wissenschaftlich überhaupt vollziehbar ist: als Forderung bleibt sie bestehen. Und das starke Gefühl dieser Forderung, ihrer Verbindlichkeit: dies eigentlich ist es, warum wir überhaupt Seelenkunde treiben. An ihm



gemessen empfinden wir die Begrenztheit klinischer Typisierung und ihre Ergänzungsbedürftigkeit. Was für das erschütternde Phänomen des Genies gilt, gilt für die erschütternde Tatsache ichfremden Seelenlebens schlechthin, auch wo wir von Krankheit reden. — *Stransky* (Schlußwort) hebt hervor, daß im Tenor seines Vortrags implicite das Einverständnis mit dem liegt, was *Bumke* in der Aussprache besonders betont hat. Ein Gegensatz zwischen Vortr. und den Phänomenologen besteht nicht seitens des Vortr., sondern allenfalls seitens mancher Vertreter jener Richtung.

Hattingberg-München: Die Bedeutung der Onanie. — Der normale Geschlechtstrieb ist nicht nur auf den Orgasmus, sondern zugleich auf das Einswerden im gleichen Gefühl, auf den seelischen Kontakt mit dem Geschlechtspartner gerichtet. Dieses Bedürfnis läßt die Onanie, d. h. eine Betätigung im Dienste des G. T. ohne seelischen Kontakt mit einem Geschlechtspartner unbefriedigt, weil ihr die Erregung und Befriedigung des eigenen Gefühls im Orgasmus Selbstzweck ist. Daher die Depression des Onanisten und die tristitia post coitum, welche nur einem onanistischen Coitus folgt. Durch die Bindung des G. T., der wichtigsten Brücke zum anderen, an das eigene Ich, durch diesen „seelischen Kurzschluß“ wird eine gefährliche „Isolierung“, eine innere Absonderung aus der natürlichen menschlichen Gefühlsgemeinschaft begründet, deren höchste Entwicklung die seelische Haltung der Neurose darstellt. Der Onanismus oder die Zwangsonanie ist die häufigste Neurose. Die gleiche seelische Haltung liegt allen sexuellen Perversionen zugrunde. Sie zielen auf den Orgasmus als Selbstzweck, schließen den seelischen Kontakt, das Einswerden im gleichen Gefühl mit dem Geschlechtspartner aus und führen deshalb zur „Isolierung“. Im weitesten Sinne gilt gleiches für jede Lebensäußerung, welche auf die Erregung und Befriedigung des eigenen Gefühls als Selbstzweck gerichtet ist (onanistische Kunst, Denkonanie).

3. Sitzung am 22. September, vorm. 9 Uhr.

2. Referat: Der Entwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch. — I. *Vocke*-Eglfing bespricht einige besonders wichtige Abschnitte des Entwurfes, zu welchem eine Stellungnahme des Deutschen Vereins für Psychiatrie notwendig erscheint (s. dies Heft S. 167), und faßt seine Ausführungen in folgende Leitsätze zusammen:

1. Die Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit (E. § 18 Abs. 2) ohne die Möglichkeit der Sicherungsverwahrung wäre im höchsten Grade bedenklich, würde direkt anreizend zu Rechtsbrüchen wirken und eine erhöhte Gefahr für die Rechtssicherheit bedeuten. — Die Worte „in hohem“ Grade sind zu ersetzen durch „in erheblichem“. Der Strafrahmen des § 111 Abs. II ist bei geminderter Zurechnungsfähigkeit nicht entsprechend, da er Zuchthausstrafe bei einzelnen Straftaten obligatorisch macht, bei allen Verbrechen zuläßt.

2. Für die Sicherungsverwahrung der vermindert Zurechunngsfähigen (E. § 86) sind Heil- und Pflegeanstalten (Irrenanstalten) gänzlich ungeeignet. Vor der Verwirklichung dieses verfehlten Gedankens wird mit allem Nachdruck gewarnt.



3. Die Möglichkeit der Anordnung von Besserungs- und Sicherungsmaßregeln gegenüber Trinkern (E. §§ 91, 92, 274, 281) muß von willkürlichen fesselnden Bestimmungen befreit und ausschließlich durch das individuelle Bedürfnis und die Gefährdung der Rechtssicherheit bestimmt werden.

4. Allgemeines zu den Besserungs- und Sicherungsmaßregeln: Die Anhörung von ärztlichen Sachverständigen bei der Anordnung und Aufhebung von Verwahrungen nach §§ 88 u. 92 E. ist im Gesetze anzuordnen. — Die Schutzaufsicht wird dann häufig genügen, wenn durch Vollzugsvorschriften dem Fürsorger entsprechende Befugnisse eingeräumt werden. — Bedingte Aussetzung einer angeordneten Verwahrung (§ 88) oder Unterbringung (§ 92) ist im Gesetze vorzusehen. — Die gesetzliche Festlegung einer Friststellung für die nächste Entscheidung bei Verlängerung einer Verwahrung (§ 90 Abs. II) ist bedenklich. — Das Verfahren und die Zuständigkeiten bei Aufhebung einer Verwahrung oder Unterbringung (§§ 89, II; 90 u. 94) sind genauer zu regeln.

II. Der juristische Korreferent Prof. Dr. *M. Liepmann*-Hamburg faßt seine Ausführungen (s. dies Heft S. 185) in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Bestimmungen des Entwurfs über gefährliche Unzurechnungsfähige und vermindert Zurechnungsfähige verdienen im allgemeinen Anerkennung. Jedoch ist erstens an Stelle der obligatorischen Strafmilderung bei vermindert Zurechnungsfähigen fakultative Strafmilderung zu verlangen; zweitens: an Stelle der Landespolizeibehörde sollte über die Entlassung aus der Heil- und Pflegeanstalt eine Kommission nach Art des österreichischen Gegenentwurfs entscheiden; drittens: die Maßregeln der Besserung und Sicherung können bedingt ausgesetzt werden. Ihre Vollstreckung ist progressiv zu gestalten, und die Entlassung sollte immer nur auf Widerruf und Stellung unter Schutzaufsicht erfolgen.

2. Die „Heil- und Pflegeanstalten" für vermindert Zurechnungsfähige sind nach dem Vorbild der Irrenbehandlung auszugestalten und müssen ein in der Irrenpflege ausgebildetes Beamtenpersonal mit einem Psychiater als Direktor haben.

3. Die Bestimmungen des Entwurfs zur Bekämpfung der kriminellen Trinker sind nach dem Vorbild der Bestimmungen über vermindert Zurechnungsfähige auszugestalten. Nur sollten Trinkerheilanstalten überwiegend als Erziehungsanstalten eingerichtet werden unter besonderer Betonung des pädagogischen Gesichtspunktes für das Beamtenpersonal.

4. Die von dem Entwurf dem Arbeitshaus und der Sicherungsverwahrung überwiesenen Aufgaben sind durch die gewöhnlichen Freiheitsstrafen zu übernehmen. Die Erziehung zur Einordnung in die Gesellschaft fordert eine langzeitige, progressiv ausgestaltete und nur dem Erziehungszweck untergeordnete relativ unbestimmte Freiheitsstrafe.

5. Die ehrenmindernde Wirkung bestimmter Freiheitsstrafen sowie die Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte sind als schädlicher Rest einer zu überwindenden Strafauffassung zu beseitigen.

Aussprache. — *Göring*-Elberfeld beantragt zum 1. Leitsatz den Zusatz: Die Strafen für vermindert Zurechnungsfähige sind getrennt von



den Strafen für Vollzurechnungsfähige auszuführen; das Wort „mildern“ ist zu vermeiden. Begründung: Die vermindert Zurechnungsfähigen sind anders als Vollzurechnungsfähige, individueller, nach sachgemäßen Gesichtspunkten zu behandeln; das ist nicht gleichbedeutend mit milderer Bestrafung. Den Ausführungen des H. *Liepmann* bezüglich der Aufnahme vermindert Zurechnungsfähiger in Irrenanstalten kann nicht zugestimmt werden; es genügt den Heil- und Pflegeanstalten, daß sie kriminelle Geisteskranke beherbergen müssen; es würde einer Degradierung der Anstalten gleichkommen, wenn Verbrecher, die nicht geisteskrank sind, in Krankenhäuser — und das sind doch die Heil- und Pflegeanstalten —, aufgenommen werden. In den Anstalten ist soviel Platz, daß die Kranken zusammengelegt werden können und somit Anstalten für vermindert Zurechnungsfähige frei werden. Adnexe an Heil- und Pflegeanstalten sind ungeeignet, da vermindert Zurechnungsfähige, um sich an die Freiheit zu gewöhnen, aus den Adnexen in andre Abteilungen versetzt werden müßten; die Anstalten für vermindert Zurechnungsfähige dürften nicht nur aus festen Häusern bestehen, sondern müßten Heil- und Pflegeanstalten gleichen. — *Wendt*-Waldheim spricht sich dafür aus, daß die Feststellung der Täterschaft anzustreben ist, da gerade in der Nichtfeststellung der Keim zu sehr zahlreichen Psychosen mit querulatorischen Neigungen liegt, die mit einem Schlage zu verschwinden pflegen, wenn es dem Täter gelungen ist, ein Wiederaufnahmeverfahren zu erreichen; ob mit Verurteilung oder Nichtverurteilung, ist dabei gleichgültig, es bedarf in den meisten Fällen nur einer endgültigen Entscheidung. Zur 2. These *Liepmanns* stellt sich *W.* in weitem Maße auf den Standpunkt *Liepmanns* und empfiehlt psychiatrisch geleitete Anstalten für die vermindert Zurechnungsfähigen und vor allem eine grundsätzliche Reformierung des Strafvollzugs in psychiatrischem Sinne. *W.* ist gegen Irrenanstalts- und Strafanstaltsadnexe und für Zentralisierung in einer besonderen Anstalt. — *E. Schultze*-Göttingen: Die Strafmilderung bei vermindert Zurechnungsfähigen ist nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ zu verstehen; doch erklärt sich *Sch.* damit einverstanden, daß die Strafmilderung bei den vermindert Zurechnungsfähigen nur fakultativ sein soll. Er erklärt sich entschieden gegen die Verwendung der Irrenanstalten für ihre Verwahrung, befürwortet bei der jetzigen Finanzlage nur wider Willen die Errichtung von besonderen Adnexen für die zu verwahrenden vermindert Zurechnungsfähigen. Darüber besteht ja kein Zweifel, daß die für diesen Zweck bestimmten Einrichtungen, mag es sich um Sonderanstalten oder nur um Adnexe handeln, einen ausgesprochen psychiatrischen Charakter nach jeder Richtung haben müssen. Es ist selbstverständlich, daß die zuständigen Sachverständigen Ärzte sein müssen. Die Aufhebung einer Verwahrung sollte grundsätzlich nur bedingt, widerruflich sein. Es erscheint ihm bedenklich, einer Kommission die Entscheidung über die Aufhebung der Verwahrung zu übertragen. Mit besonderem Nachdruck ist zu verlangen, daß der Polizeibehörde grundsätzlich nur die Aufgabe zufällt, die Anordnungen der Gerichte auszuführen. In absehbarer Zeit ist mit einem Irrengesetz zu rechnen; selbstverständlich muß dieses die in Aussicht genommenen Sicherungsmaßnahmen weitgehend berücksichtigen, damit alle Rechtsverhältnisse, die geistig Abnorme betreffen, einheitlich geregelt

werden. Eine bessere psychiatrische Ausbildung der Richter ist unbedingt zu verlangen. Schließlich weist *Sch.* noch auf das Fehlerhafte des Ausdrucks unzurechnungsfähig hin; sagen wir doch nicht unzeugungsfähig, sondern zeugungsunfähig. Das BGB. spricht von Geschäftsunfähigkeit. Nur der Ausdruck zurechnungsunfähig ist sprachlich richtig. — *R. Schmidt*-Leipzig spricht sich gegen die Einbeziehung der viel zu weittragenden Fragen der Todesstrafe, der Ehrenstrafen, der Anstaltsform des Sicherungsverfahrens aus. Auch die Verwendung der Irrenanstalten für die Aufnahme der vermindert Zurechnungsfähigen hängt von dem künftigen Verhältnis von Irrenanstalten und Strafanstalten ab, das vorläufig noch eine offene Frage bildet. Dagegen ist die Anregung des H. *Liepmann*, die Strafmilderung bei geminderter Zurechnungsfähigkeit nicht obligatorisch, sondern nur fakultativ vorzuschreiben, mit Beifall zu begrüßen. — *Ebermayer*-Leipzig spricht sich für die obligatorische Strafmilderung gegen *Liepmann* aus. Ob Unterbringung in Irren- oder besonderen Anstalten, ist Frage des Kostenpunktes. These 4 und 5 haben mit der heutigen Versammlung nichts zu tun. — *Bonhöffer*-Berlin meint nach seinen früheren Strafanstaltserfahrungen mit vermindert Zurechnungsfähigen, daß die Mehrzahl derselben sich innerhalb der Einrichtungen einer gewöhnlichen geschlossenen Anstalt halten ließe. Vielleicht ließe sich die eine oder andere Anstalt räumen und ganz für diese Zwecke verfügbar machen wenigstens für eine gewisse Übergangszeit. Die bisherigen Beobachtungstationen an Strafanstalten sind zur Dauerverwahrung und Behandlung vermindert Zurechnungsfähiger ungeeignet. — *Weygandt*-Hamburg erblickt in Überweisung vermindert Zurechnungsfähiger in Irrenanstalten durchaus keine Degradation. Das Odium gegen die Anstalten beruht auf anderen Gründen; es wäre zu vermindern durch Heranziehung leicht Abnormer und Nervenkranker. Die gesicherten Häuser, wie in Langenhorn, sind vorbildlich, mehr noch die Einrichtungen in Broadmoor in England. Die Adnexe für vermindert Zurechnungsfähige an Irrenanstalten sind vorzuziehen, weil für Ärzte und Pflegepersonal die gesonderten Anstalten die Gefahr der Einseitigkeit bedingen. Selbstverständlich kommt für geeignete Fälle auch Überführung in andre Abteilungen der Anstalt in Betracht. Die Gefahr der Einseitigkeit ist auch vorhanden seitens der neuerdings in Bayern empfohlenen psychiatrischen Beobachtungsabteilungen an Untersuchungsgefängnissen, wogegen sich auch andere Bedenken erheben. — *Falkenberg*-Herzberge wendet sich gegen die räumliche Angliederung der Verwahrungsanstalten für verm. Z. an Irrenanstalten. In diese gehören nur Kranke. Nur deren Versorgung ist in vielen Teilen Deutschlands Aufgabe der Provinzen und Kommunen, nicht aber die Verwahrung gefährlicher Gesunder oder wenigstens Nichtgeisteskranker, die dem Staat obliegen muß. Auch die von allen erstrebte Nutzbarmachung der Irrenanstalten für Nervenkranke würde durch die Angliederung solcher Adnexe erschwert werden. — *Vocke* (Schlußwort): Gegen meine Ausführungen und gegen meine Leitsätze hat sich ein Widerspruch in der Diskussion nur in einem Punkte erhoben, nämlich bezüglich der Sicherungsverwahrung der vermindert Zurechnungsfähigen in Irrenanstalten. Gerade deswegen bedauere ich es außerordentlich, daß aus geschäftsordnungsmäßigen Gründen wegen der Anwesenheit von vielen Nichtmitgliedern des

Vereins eine Abstimmung nicht erfolgen konnte. Sie würde ergeben haben, daß alle alten Anstaltspraktiker einmütig in der Ablehnung dieses verfehlten Gedankens sind. Von unserer Vereinigung ist schon vor 10 Jahren hiegegen Einspruch erhoben worden, und seitdem haben sich alle psychiatrischen Autoren ohne Ausnahme diesem Standpunkt angeschlossen. Eine Unterlassung liegt aber insoferne vor, daß dieser Einspruch nicht in genügender Weise begründet wurde, insbesondere auch nicht damit, daß die Irrenanstalten für die Zwecke dieser Sicherungsverwahrung gänzlich ungeeignet sind. Selbst diejenigen, die mir widersprochen haben oder zu einem vermittelnden Standpunkt rieten, sprachen immer wieder von „Kranken". Allein die vermindert Zurechnungsfähigen sind keine Kranken! Als langjähriger Arzt und Direktor an einer großen Großstadtanstalt habe ich mich nicht gewehrt und werde mich nicht wehren gegen die Aufnahme verbrecherischer Geisteskranker und geisteskranker Verbrecher, allein ich muß dringend warnen vor der Aufnahme derjenigen nichtgeisteskranken verbrecherischen Elemente, welchen nach dem künftigen Gesetz die verminderte Zurechnungsfähigkeit zugebilligt werden wird. Aus der juristischen Literatur, den Veröffentlichungen von Strafanstaltsbeamten und Gerichtsärzten ist z. T. deutlich, z. T. zwischen den Zeilen zu lesen, daß man da und dort erwartet, daß die gewohnheitsmäßigen Verbrecher zum großen Teil unter die vermindert Zurechnungsfähigen fallen werden. Die Gefahr ist außerordentlich groß, daß auch der Richter im Zweifelsfalle sein Gewissen salviert und das Beste zu tun gedenkt, wenn er verminderte Zurechnungsfähigkeit annimmt und Sicherungsverwahrung in einer Anstalt neben der Strafe anordnet. Ich muß hier auch nachdrücklich im Interesse derjenigen Verbände sprechen, denen die Irrenfürsorge obliegt, und die hier ihre Stimme nicht erheben können, die mit großen Opfern moderne Krankenanstalten für Geisteskranke erbaut haben, und denen nun unabsehbare Lasten auferlegt werden sollen für die Verwahrung von Nichtkranken. Ich verkenne die gegenwärtigen finanziellen Schwierigkeiten für die Verwirklichung der im Entwurfe vorgesehenen Maßregeln der Besserung und Sicherung nicht, allein es ist nicht die Aufgabe des Vereins mit Kompromissen zu kommen; solche wird die Not der Zeit unter Umständen uns schon aufnötigen, und wenn es sich um eine vorübergehende Notmaßnahme handelt, so wird man darüber reden können. Im Grundsatz aber müssen wir mit aller Entschiedenheit gegen die Sicherungsverwahrung der vermindert Zurechnungsfähigen in Irrenanstalten Protest erheben und sie als verfehlt bezeichnen.

Hübner-Bonn: Untersuchungen an sexuell Abnormen (Klinisches und Forensisches).

I. Angeregt durch die Befunde *Steinachs* u. a. ist erneut die Frage der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit Homosexueller aufgeworfen worden. Vortr. warnt eindringlich vor der gerichtsärztlichen Verwertung dieser Befunde, deren Deutung vorerst noch ganz unklar ist.

II. Der in gerichtlichen Gutachten häufig gebrauchte Ausdruck „krankhaft gesteigerter Geschlechtstrieb" bedarf präziserer Fassung. Von einer krankhaften Steigerung kann man nur ausnahms-

weise, nämlich dann sprechen, wenn die Grenze des Üblichen weit überschritten ist, bei älteren Personen z. B. dann, wenn sich das Geschlechtsbedürfnis noch täglich regt, oder wenn die sonstige Lebensführung beweist, daß das Denken und Handeln des Inkulpaten von sexuellen Dingen ganz beherrscht wird (Korrespondenz, Betätigung in Vereinen etc. aus sexuellen Motiven). Wenn sich im Leben eines Menschen Phasen relativer Zurückhaltung und solche starker sinnlicher Erregung abgrenzen lassen, so sind die letzteren meist Äußerungen einer krankhaften Steigerung des Triebes (zirkuläres Irresein!). Von krankhafter Steigerung kann man auch dann sprechen, wenn entweder die Auslösung des Orgasmus eine ungewöhnlich leichte ist, oder wenn der Orgasmus von Komplikationen begleitet ist (reaktive Anfälle, Zittererscheinungen, Bewußtseinstrübungen).

III. Der Begriff des unwiderstehlichen Zwanges ist durch unberechtigte Erweiterung vollkommen verwässert worden. Berechtigt ist er in folgenden Fällen: a) wenn Einzelhandlungen den Charakter des Zwanges i. S. von *Bumke* tragen; b) es gibt Serienhandlungen, denen Angstgefühl voraufgeht. Der Täter kämpft gegen einen Zwang an, erliegt ihm schließlich und hat hinterher für kurze Zeit das Gefühl der Befreiung. c) Einzelhandlungen entspringen mitunter aus echten Phobien. Die drei gen. Gruppen zeigen bei klinischer Untersuchung sämtlich psychopathische Symptome, insbes. tritt die nahe Beziehung zur manisch-depressiven Anlage deutlich hervor. d) Bei einer weiteren Gruppe von hysterischen Frauen, die serienweise Diebstähle zwecks Auslösung des Orgasmus begehen, läßt Vortr. die Frage, ob ein echter Zwang oder eine Bewußtseinstrübung vorliegt, offen. Forensisch will er diese Fälle unter dem Gesichtspunkt der Tatbestandsmäßigkeit betrachtet wissen, d. h. es liegt meist keine Unzurechnungsfähigkeit vor, und der Tatbestand des Diebstahls ist erst dann gegeben, wenn die Täter die entwendeten Gegenstände nach Abklingen des Orgasmus behalten. e) Sicher nicht in das Gebiet des unwiderstehlichen Zwanges gehören die Delikte der meisten Imbezillen, Senilen, Epileptiker und mancher Hysteriker, ferner die Massendelikte mancher Hypomanischer und die in bestimmten häufig vorkommenden Situationen mit geschlechtlichen Handlungen reagierenden Neurotiker. Daß auch in dem Denken und Fühlen dieser Persönlichkeiten das Geschlechtsleben eine große Rolle spielen kann (Gründung von Jugendorganisationen, literarischen Zirkeln etc. zwecks Gewinnung von geeigneten Partnern für ihre sexuellen Neigungen) ist forensisch wichtig. Trotz des fehlenden Zwanges ist bei den ausgeprägtesten Fällen die freie Willensbestimmung als ausgeschlossen anzusehen.

IV. Es ist notwendig, die sexuell Abnormen nach verschiedenen Richtungen hin genauer zu studieren: a) die Erblichkeitsforschung hat zwei wichtige Erscheinungen gezeigt, nämlich erstens, daß da, wo bei Aszendent und Deszendent die gleichen geschlechtlichen Abweichungen vorkommen, die Störung beim Nachkommen oft erst durch exogene Faktoren hervorgelockt wird. *H.* hat ferner festgestellt, daß die Anlage sich beim Deszendenten relativ selbständig weiter entwickelt. b) Untersuchungen über konstitutionelle Fragen haben bei einem bestimmten Typ Frauen den Vortr. an die Möglichkeit denken lassen, daß da zwischen Entwicklung von Sexualsphäre, Körperbau und psychischen Eigenschaften



gewisse Beziehungen bestehen. Es handelt sich um spät menstruierte und spät ins Klimakterium kommende, schwarzhaarige, spät ergrauende Frauen, deren Geschlechtsempfinden sich spät entwickelt. Im Körperbau „Gelbsterntypus“ mit geringer Nachreife. c) Bei den endokrinen Störungen der Sexualsphäre weist *H.* kurz auf die beim Basedow vorkommenden hin.

Klein-Wien: Hypothese zur Vererbung und Entstehung der Homosexualität.

Zwei Anschauungen über die Entstehung der H. stehen heute noch immer schroff einander gegenüber: die Annahme einer ererbten Veranlagung und die Annahme eines innerhalb des Lebens erworbenen Zustandes. Ref. steht auf dem Boden der Vererbungstheorie und versucht auf Grundlage der *Mendel*schen Regeln und der neueren entwicklungsmechanischen Forderungen den mutmaßlichen Vererbungsmodus der H. darzustellen. Da die normale Geschlechtsverteilung nach *Goldschmidt* auf einem Erbmechanismus von der Art einer *Mendel*schen Rückkreuzung beruht, auf einem alternativen Mechanismus, der es bedingt, daß stets ein Geschlecht zweierlei Gameten bildet, so muß jede andere Erbqualität, die in den Bereich dieses Mechanismus kommt, ihm folgen und wird geschlechtsbegrenzt vererbt. Aus zahlreichen Tierversuchen über Bildung sexueller Zwischenstufen geht nach *Goldschmidt* hervor, daß man zwischen zygotischer (im Keime festgelegter) und harmonischer (unter Mitwirkung der endokrinen Drüsen gebildeter) Intersexualität zu unterscheiden hat, die nach *Goldschmidt* an einem bestimmten Zeitpunkte der Entwicklung durch die Mischung der sog. „Umschlagreaktion“ zustande kommt, welche „die alternativen Differenzierungsvorgänge zwingt, im Zeichen des anderen Geschlechtes zu verlaufen“. Diese Reaktion wird hervorgerufen durch die Hormone der endgültigen geschlechtlichen Gestaltung. Da der sogen. Pseudohermaphroditismus beim Menschen wahrscheinlich eine zygotische Intersexualität darstellt, so muß bei ihm in Konsequenz dieser Betrachtungsweise auch das Bestehen einer intersexuellen Pubertätsdrüse vermutet werden. In weiterem Verfolg dieser Voraussetzung darf man die Hypothese aufstellen, daß der psychischen Intersexualität (Homosexualität) geradeso wie jedem anderen Artmerkmal irgendeine Erbeinheit im Keime (Zygote) entsprechen dürfte, und daß ihr auch anatomisch irgendeine Besonderheit in der Hirnmorphologie zukommt. Tritt die rein psychische Form der Intersexualität (Homosexualität) zutage, so bleibt zur Erklärung ihrer Entstehungsweise nur die Vermutung übrig, daß die abnorme Hormonwirkung hier sichtbar nur qualitativ eingesetzt hat oder buantitativ nur in so geringem Umfange, daß sie zur nachweisbaren Ausbildung von kontrasexuellen Merkmalen eben nicht ausgereicht hat.

Aussprache zu den Vorträgen *Hübner* und *Klein*. — *M. Hirschfeld*-Berlin glaubt die Meinungsverschiedenheit zwischen Vererbungs- und Erwerbungstheoretikern auf die verschiedene Auffassung des Begriffes der Homosexualität zurückführen zu können. Die Vererbungsanhänger verstehen unter Homosexualität lediglich die echte, konstitutionelle seelische Triebrichtung, die Erwerbunganhänger denken an körperliche Akte, die sekundäre Projektionsfolgen des seelischen Zustandes sind, aber auch bei Normalsexuellen vorkommen als onanistisch geartete Handlungen, wie



gelegentlich auch heterosexuelle Akte bei Homosexuellen — leider, weil *H.* in der Ehe und geschlechtlichen Verbindung homosexueller Männer mit heterosexuellen Frauen die Hauptgefahr sieht, gegen die sich die Psychiater aus eugenischen Gesichtspunkten wenden sollten. Den Pseudohermaphroditismus hält *H.* im Gegensatz zum Vortr. für hormonal bedingt, nachdem seine eigenen Beobachtungen in Übereinstimmung mit den früheren Befunden *Marchands* in diesen Fällen ihm wiederholt mikroskopisch und meist auch schon makroskopisch nachweisbare Veränderungen der Nebennieren (Nebennierentumoren) etc. ergeben haben.

Reiß-Tübingen: Über erbliche Belastung bei Schwerverbrechern.

Weinbergs Statistik aller seit über 100 Jahren in Württemberg interniert gewesenen Geisteskranken ermöglichte eine genaue Nachprüfung der Heredität von 131 durch den Vortr. untersuchten Zuchthäuslern. Belastung mit Geisteskrankheit spielt danach eine ganz untergeordnete Rolle, dagegen ließ sich die Bedeutung einzelner Charakterzüge und ihre teilweise konstante Vererbbarkeit nachweisen. (Ausführlich: Kl. W.)

Nießl v. *Mayendorf*-Leipzig: Die Psychopathologie als Naturwissenschaft.

Durch das Aufblühen der Naturwissenschaften in der zweiten Hälfte des verflossenen Jahrhunderts ist das wissenschaftliche Fundament für die normale und krankhafte Seelenlehre gelegt worden. Die monistische Weltanschauung, welche die Welt der Erscheinungen aus Wahrnehmungen und deren Residuen, den Erinnerungen, ausschließlich aufbaut und auf die äußeren, unerforschbaren Ursachen mit einem Ignorabimus gerne verzichtet, ist die einzig folgerichtig Philosophie der Naturerkenntnis. Exakte Wissenschaft kann die Psychologie und Psychopathologie nur durch die Einführung und Anwendung einer wissenschaftlichen Methode werden. Die naturwissenschaftliche Methodik ist nun eine analytische, und es offenbart sich hier ein Parallelismus zwischen den beiden Gruppen von Wahrnehmungen, welche wir nur künstlich trennend als physische und psychische Gebilde auseinanderhalten. Die deskriptive Psychologie kann sich nur dann zu einer erklärenden Wissenschaft erheben, wenn sie ihre Erscheinungen auf ein Organ, auf das Gehirn, bezieht. Und hier springt wieder der schlagende Parallelismus zwischen psychischer und morphologischer Elementarstruktur ins Auge. Dem Reizvorgang im Sinnenneuron entspricht die Empfindung, die sich auf bestimmte miteinander anatomisch verbundene Neurone erstreckende Reizwirkung, dieser Reizkombination entspricht das Wahrnehmungsbild. Wird dieses nicht von der Peripherie, sondern von einer anderen Stelle der Hirnrinde her erregt, so erscheint es als Erinnerungsbild. Beschränkt sich die funktionelle Hyperämie, die durch arterielle Dilatation bedingte Konzentration der Ernährungsstoffe, auf eine solche Kombination erregter Ganglienzellen, so ist das Phänomen der Aufmerksamkeit auf eine Wahrnehmung oder Erinnerung präsent. Geht mit einer Kombination erregter Ganglienzellen ein Kontraktionszustand der Arteriolen der übrigen Rinde einher, so ist das Sinnenbild mit einem traurig-hemmenden Gefühl betont; sind es Dilatationen der

Arterien, welche die Kombination gereizter Ganglienzellen begleiten, dann ist infolge der Bereicherung mit Sauerstoff die Gefühlsbetonung der Wahrnehmung eine angenehme. Die Assoziationsfaserung des Großhirns ermöglicht den augenblicklichen Ernährungszustand jeder Stelle der Hirnrinde mit einem umschriebenen Areal einer kortikalen Sinnessphäre in Verbindung zu setzen. Die elastische Faserung der Großhirnarteriole ermöglicht das blitzschnelle Umschlagen des Zustandes der Dilatation in einen solchen der Kontraktion, womit wir den blitzschnellen Wechsel der Gefühle schön erklären können.

Die zeitliche Folge nach bestimmter Richtung sich aneinander schließender Vorstellungsreihen konstituiert den logischen Gedankengang; eine in zeitlicher Sukzession erwachsende Reihe von bestimmten Kombinationen erregter Ganglienzellen ist sein physiologisches Korrelat. Die Richtung wird von dem alle Naturerscheinungen durchdringenden teleologischem Prinzip bestimmt. Die Logik ist eine Zweckmäßigkeits- und Schutzvorrichtung für den Organismus, wie es die Sinneswahrnehmung ist, wie es die Gefühle sind. Das Kriterium der Krankheit, ihre Eigenschaft als Schaden für den gesamten Organismus, tritt so recht in der Paralogik des Verrückten, in dem Verschwinden des Selbsterhaltungstriebs bei dem Melancholiker zutage. Die Logik ist ein durch Erfahrung autogenetisch gewonnenes funktionelles Entwicklungsprodukt, zu welchem die Anlage phylogenetisch überkommen wurde; sie ist daher durch kein besonderes Hirnorgan repräsentabel. Der Mangel der Logik bei der Wahnidee ist demnach eine rein funktionelle Störung, welche nur dann auftritt, wenn und solange die Wahnbildung im Bewußtsein gegenwärtig ist. Sie steht materiell betrachtet mit den pathologischen Innervationszuständen des Gefäßsystems in naher Beziehung, zumal die Gefühle ihren Inhalt bestimmen und auch das Geraten aus dem logischen Geleise verschulden, wofür der Affektzustand im normalen Hirn ein lehrreiches Analogon darbietet.

Mit dem politischen Zusammenbruch Deutschlands ging ein rapider Niedergang in der deutschen Wissenschaft Hand in Hand. Götter wurden Götzen auch in der Wissenschaft. Die sich zu exakter Empirie emporarbeitende Psychologie und Psychopathologie versank wieder in das frühere Dunkel einer dogmatisch lehrhaften rein introspektiven Betrachtungsweise. Fehlende Originalität und Produktivität wurden durch Prägung wunderlicher Ausdrücke wie „Ganzheiten", „verabsolutiert" etc. verhüllt. Ja, es kam so weit, daß ein Lehrstuhlpsychiater das naturwissenschaftlich methodische Forschungsprinzip durch das künstlerisch intuitive Erschauen ersetzt wissen wollte.

Aussprache. — *Bonhöffer*-Berlin: Wenn Vortr. unter den Männern, die aus Physik, Anatomie, Physiologie u. Gehirnpathologie eine Unterlage zum objektiven Verständnis seelischer Vorgänge schufen, neben *Helmholtz* und *Wundt* auch *Meynert* erwähnt, so muß wohl auch dessen Schüler *Wernicke* hier genannt werden. — *Schilder*-Wien betont, daß die Psychopathologie auf Psychologie gegründet sein muß, und daß man an der Gesamtpersönlichkeit nicht achtlos verbeigehen darf. Ein Einblick in Hirnmechanismen ist allerdings auch für die Psychologie von Wichtigkeit. — *Nießl v. Mayendorf* (Schlußwort): Auch ich hatte das Glück, wie der Herr Vorsitzende, zu *Wernicke*s Füßen zu sitzen und sein Schüler zu sein. Er war

aber zu originell und zu wenig spekulativ, um die anatomisch-physiologische Forschungsrichtung der Erklärung der psychopathologischen Phänomene im Sinne derjenigen von *Meynert* fortzusetzen. Seine Psychiatrie ist etwas ganz Neues. Herrn *Schilder* erwidere ich, daß das Operieren mit Ganzheiten des Seelenlebens der Natur wissenschaftlicher Methodik, welche Analyse der Phänomene fordert, widerspricht.

Prinzhorn-Heidelberg: Bildnerische Gestaltung, Gesundheit, Krankheit.

Wie in seinem kürzlich erschienenen Werke über die „Bildnerei der Geisteskranken" ging der Vortr. an sein heikles Thema nicht mit festen traditionellen Definitionen der Begriffe „gesund" und „krank" heran, sondern er prüfte an einer Anzahl drastischer Beispiele, die z. T. durch Lichtbilder veranschaulicht wurden, wieweit man mit einem solche wertenden Eindrucksurteil etwas Richtiges und Sinnvolles aussagen kann, und wieweit man sichere Merkmale dafür aufzeigen kann. Ohne Unterscheidung einzelner Krankheiten wurden aus der Fülle der möglichen Kombinationen von ungewöhnlichen Zügen in stofflicher und formaler Richtung einige trügerische Fälle hervorgehoben; nicht nur häufen sich bei manchen großen Künstlern Motive aus seelischen Erlebnissphären, die dem heutigen Durchschnittsmenschen unheimlich und fremd sind, weil sie fast nur noch als Symptome von Geisteskrankheiten für Naturwissenschaftler Geltung haben (z. B. bei *Bosch*, *Breughel*, *Goya*, *Kubin*), sondern andererseits bevorzugen die Geisteskranken durchaus nicht unbedingt stofflich ungewöhnliche Motive. Womit nichts gegen die Tatsache gesagt ist, daß gerade in der Verarbeitung recht ungewöhnlicher bizarrer Motive das eigenartige, oft magisch verzauberte Weltbild des Irren am reinsten zur Anschauung kommt. Aber die formalen Eigentümlichkeiten sind oft auffälliger: starke eigenwillige Abstraktion bei betonter, nur gedanklicher Objektbeziehung, Überwuchern der Darstellungsmittel, die häufig eine Art rhythmischen Eigenlebens gewinnen und nun gern unabhängig von der darstellenden Funktion einer ornamentalen Tendenz verfallen, d. h. sich als Ausdruckskurven nach Art musikalischer Motive entfalten. Wiederum gibt es aber in der großen Kunst Beispiele, an denen dasselbe nachweisbar ist — kurzum, es läßt sich keine Formel finden, nach der man einem Werk entweder den Krankheitszustand seines Urhebers sicher ansehen könnte, oder nach der man bei Kenntnis von dem Krankheitszustand sicher schließen könnte, wie die Werke aussehen werden — erst dann aber könnte man von einem Wissen, einer objektiven Erkenntnis sprechen. So zwingt uns die kritische Durchprüfung eines großen Materials zur Vertiefung der Einsicht, daß ein Kunstwerk weder aus der Gesundheit, noch aus der Krankheit entsteht, sondern aus der Gestaltungskraft des Schaffenden, die in seiner ganzen Persönlichkeit wurzelt, aber von allgemeinen Gestaltungsprinzipien getragen wird, denen er in jedem Falle unterworfen ist, er sei wer er wolle. Ziel dieser Betrachtungsweise ist nicht ein pharisäisches „wir sind ja Gottseidank so gesund, daß wir mit diesen krankhaften Gestaltungen nichts zu tun haben", sondern erstens eine Erweiterung und Vertiefung unserer Fähigkeit, Bildgestaltung mitschwingend zu erleben als Ausdruck von Seelischem, als Brücke zum



anderen Menschen. Zweitens: von dieser Humanitätsbasis aus, wo wir mit Tolstoj die traditionellen Forderungen von Kultur und Zivilisation, den Bildungshochmut preisgeben, hoffen wir etwas zurückzugewinnen von dem Instinkt für jene urtümlichen allverbreiteten produktiven Anlagen, die vom technischen Können unabhängig sind — jene wesenhaften Gestaltungsfaktoren, für welche die letzten Generationen das Verständnis fast eingebüßt hatten. Drittens: indem wir die eigenartigen Abwandlungen vergleichen, welche diese Grundfaktoren bei den Primitiven, den Kindern, in frühen Kulturen, in der entwickelten Kunst zivilisierter Völker erfahren, werden wir zu einer Revision der Wertungen gezwungen, die in klassischer Tradition wurzeln, aber längst wenig Früchte und viel dürres Holz tragen. Viertens: endlich drängen derartige Erwägungen unentrinnbar zur Selbstbesinnung, indem wir unserer Zeit in der Gesamtschau von Ausdrucksmöglichkeiten den ihr zukommenden Ort suchen. Und hier erst, wo es sich um die Erfassung der tiefsten seelischen Tendenzen der Zeit handelt (die noch immer in der Kunst am klarsten sich offenbarten), bei der soziologischen Betrachtung der Kunst — da ist es allerdings unvermeidlich, nach „gesund" und „krank" zu fragen. Aber nun nicht mehr das einzelne Werk, noch den einzelnen Künstler, sondern eben den „Zeitgeist", dessen Ausdruck, Sprachrohr, Opfer der einzelne ist.

Pfeifer-Leipzig: Über außergewöhnliche Kunstleistungen von Geisteskranken (mit Demonstrationen).

Für die wissenschaftliche Verarbeitung der Zeichnungen von Geisteskranken — um solche handelt es sich hier — bedarf der naturwissenschaftliche Horizont, sofern er bisher nur die Parallele zur Kunst des Kindes und der Primitiven einschloß, einer Erweiterung, die in dem Vergleich mit der künstlerischen Betätigung normaler Menschen enthalten ist. Involvierte jene Betrachtungsweise als selbstverständlich, daß der Mensch durch Geisteskrankheit auf eine Vorstufe der Kunst zurücksinkt, so lehrt doch die Erfahrung, daß die Werke Geisteskranker in ihrer Wirkung auf den Beschauer etwas von schöpferischer Synthese zeigen, was man als „Unheimlichkeitserlebnis" und „überzeugende Gewalt des Grauens" bezeichnet hat. So hoch schätzt man gegenwärtig diese künstlerisch produktive Komponente ein, daß zu deren tieferem Verständnis eine metaphysische Einstellung wünschenswert sein soll. Insbesondere die schizophrene Kunst soll darin den Leistungen normaler Künstler überlegen sein. Der Psychiater wird dadurch vor ganz neue Probleme gestellt, zu deren Lösung der Vortr. beitragen will.

Der Herkunft nach zerfällt das zu Gebote stehende Material in drei Gruppen. Einmal handelt es sich um Geisteskranke, die sich vorher nie mit Kunst befaßt haben, die produktive Komponente also in der Krankheit entstanden ist, zum anderen um Künstler, die geisteskrank geworden sind und dies in ihren Werken verraten, und endlich um anscheinend gesunde Menschen, die durch die Eigenart ihrer Kunstleistungen auffällig werden und als Grenzfälle von gesund und krank gelten können. Ein Beispiel für die erste Gruppe ist eine schwer belastete 52jährige Frau. Im Vorleben finden sich keine Anhaltspunkte dafür, daß sie sich für Malerei besonders interessiert oder sich jemals mit der Zeichenkunst

befaßt hätte. In den Entwicklungsjahren träumte sie lebhaft, litt unter Heimweh, sah im Dunkeln Gestalten und hörte Stimmen. Sie heiratete frühzeitig. Die Ehe war unglücklich und blieb kinderlos. In einer spiritistischen Sitzung wurde sie mit dem Glauben bekannt, daß die Seele als Astralkörper den Leib jederzeit verlassen und dabei Ewigkeitswerte schauen und erleben könne. Unter dem Einfluß zunehmender Wahnideen beginnt sie „Gedanken Gottes" zu zeichnen. Zuerst sind es objektfreie Kritzeleien, später objektivierte entoptische Erscheinungen. Allmählich treten in nunmehr farbigen Bildern Ordnungstendenzen in den Vordergrund, die sich zu einer eigenartigen Ornamentik in gutem Stilgefühl auswachsen. In den Ornamenten, die lebhaft an *Häckels* Kunstformen in der Natur erinnern, erreicht ihre Kunst den Höhepunkt. Zuletzt beginnt sie auch figürliche Darstellungen und läßt sich dabei von apokalyptischen Einfällen leiten. Klinisch handelt es sich um eine schleichend verlaufende Dementia paranoides, die den echt weiblichen Farben- und Formensinn nicht nur jahrelang unberührt läßt, sondern unter der Motive bildenden Wirkung der Wahnideen diese natürliche Anlage auf das Niveau kunstgewerblicher Fertigkeit hebt.

Zur zweiten Gruppe gehört eine Künstlerin, die gute Schulbildung und akademische Erziehung genoß. Sie betätigte sich praktisch im Kunstgewerbe und hatte guten Erfolg auf dem Gebiete des Buchschmucks und der Buchillustration. Allmählich kommt aber nun in die Bilder ein eigenartig fremder Zug hinein, der ihren Marktwert wesentlich steigert. Sie illustriert Märchen und entwickelt dabei einen Schmucktrieb seltenen Stils. Sie behängt die Figuren mit allerhand Flitter und stattet deren Milieu so feenhaft reich aus, daß die Bilder, die in gedämpften Farben gehalten sind und zarteste Nuancen aufweisen, wie türkische Muster, orientalische Teppiche, zuletzt wie Brokatstickerei wirken. Auf der Höhe dieser Kunst wird ihre Urheberin plötzlich geisteskrank und anstaltsbehandlungsbedürftig. Unter katatonen Symptomen verblödete sie im Verlauf weniger Jahre vollständig. Genaueres Zusehen lehrt in diesem Falle, daß trotz eines kurzen Anstieges künstlerischer Produktivität darin bereits eine stark abbauende Komponente enthalten ist.

Um der schöpferischen Synthese bei den Kunstleistungen Geisteskranker auf die Spur zu kommen, hätte es nahe gelegen, Werke normaler Künstler heranzuziehen, die in ähnlicher Weise Unheimlichkeitserlebnisse realisieren. In der Tat ist dieser Weg in der Literatur bereits beschritten worden, ohne indes wesentlich neue Aufschlüsse zu bringen. Zu günstigerem Ergebnis versprach das wissenschaftliche Experiment mit einer Versuchsperson zu führen, die zeichnerisch gut talentiert und intelligent genug war, sich in das schwere Problem einzufühlen. Die jahrelange Bekanntschaft des Autors mit ihr ließ den Versuch zum großen Teil zu einem unwissentlichen Experiment werden, so daß die freie künstlerische Intuition unberührt bleiben konnte. Die Fertigprodukte beweisen die große Abhängigkeit des Künstlers von Nebenumständen, wie sie sich aus dem verwendeten Material, aus gelegentlichen Anregungen und der vom Gefühl elektiv gestalteten Umweltsauffassung ergibt. Aber auch systematische mechanische Übung führt zur Entstehung neuer Formen, wie sie in den „abstrakten" Zeichnungen und in der Konstruktion von



Fabelwesen zum Ausdruck kommen. Nur in wenigen Fällen entspringt das Kunstwerk einer genialen Intuition. Gerade hierin steht aber der Geisteskranke dem Gesunden nach. Wie der Sehende bei ausreichender Übung seines Tastsinnes den Blinden nicht nur einholt, sondern sogar übertrifft, kann auch der gut talentierte Künstler, wenn nur seine künstlerische Veranlagung in die gleiche Richtung fällt, die Leistungen des Geisteskranken in weitem Umfange imitieren. Was wir in den Zeichnungen der Geisteskranken an wirklich künstlerischen Zügen vorfinden, ist der letzte Rest von Gesundheit. Dagegen ist der Zug, den man im Expressionismus für geisteskrank halten könnte, vielfach affektiert bewußt hervorgebracht oder unwillkürlich der Ausdruck eines Affektes der Ablehnung, wie er die pessimistische Weltauffassung des Bolschewismus charakterisiert. Wieweit dabei wirkliche Temperamentverschiebungen eine Rolle spielen, ist nur im Einzelfalle zu übersehen. Unter dem Einfluß einer romantischen Strömung, die in der Psychiatrie gegenwärtig stark hervortritt und dem Studium der fließenden Übergänge von gesund und krank mehr Beachtung schenkt als typischen Einzelkrankheitsbildern, werden Fälle wie der vorstehende häufiger Gegenstand wissenschaftlicher Betrachtung sein müssen, als es vordem nötig erschien. (Der Vortrag erscheint mit Abbildungen im Verlag Kröner in Leipzig.)

4. Sitzung 22. September, nachm. 3 Uhr.

Flechsig-Leipzig: Die Lokalisation der geistigen Funktionen.

Vortr. behandelt die Frage, inwieweit die von ihm ausgebildete myelogenetische Anatomie des menschlichen Gehirns als Grundlage für die Lokalisation der psychischen Funktionen dienen könne. Ohne richtige Vorstellungen vom Bau des Gehirns ist der Patholog nicht in der Lage, sein Material nach dieser Richtung zu verwerten. In dem Mangel an zuverlässigen literarischen Hilfsmitteln, in der Unvollständigkeit derselben und den zahlreichen Irrtümern in der Literatur (auch bei *Dejerine*, *v. Monakow* u. a.) sieht Vortr. die Hauptursache des auch in ärztlichen Kreisen grassierenden Pessimismus in der Lokalisationsfrage. Er empfiehlt deshalb die Anlegung von Sammlungen myelogenetischer Hirnpräparate, wie er sie im ersten Band seiner Anatomie des menschlichen Gehirns auf myelogenetischer Grundlage (Leipzig. Georg Thieme. 1920) dargestellt hat, und demonstriert solche in größerer Zahl. Er zeigt die vorauseilende Entwicklung der Oblongata i. w. S. gegenüber dem Großhirn, lokalisiert in ersterer Triebe und Unlustgefühle körperlicher Art (durch „automatische" chemische und durch reflektorische Reize ausgelöst). Die grauen Zellen der Formatio reticularis sind diejenigen Strangzellen, welche zuerst markhaltige Achsenzylinder darbieten (in den Vorderstranggrundbündeln des Rückenmarkes schon bei 15 cm langem Fötus von den Ursprungszellen bis in das Sakralmark nachweisbar). Im Vorderhirn eilt der Globus pallidus des Linsenkerns allen anderen Gebieten in der Myelogenese voraus und sendet schon bei 34 cm Körperlänge ein Stabkranzbündel aus, welches



in die vordere und hintere Zentralwindung eintritt [1]) (mit Unrecht von *O. Vogt* u. a. geleugnet).

Vortr. demonstriert dann das Gehirn eines neugeborenen Mädchens welches er für das vollkommenste hält unter allen von ihm untersuchten. Sämtliche Sinnessphären (ausgenommen die Rumpfgebiete in der 1. Stirnwindung und gyr. fornicatus, s. u.) treten durch die Weigertfärbung der Projektionssysteme scharf und deutlich hervor; aus der beginnenden Ummarkung in seinen Rindenfeldern bis Nr. 17 erschließt er, daß die Frucht einen Monat zu lang im Mutterleib verweilt hat, und weist auf die Wichtigkeit der myelogenetischen Untersuchung für die Altersbestimmung hin. Bei rechtzeitig geborenen Kindern sind nur die Felder 1—12 markhaltig. Die Projektionssysteme der Tastsphäre sind in ihrem sensiblen wie motorischen Teil (hintere und vordere Zentralwindung) vollständig markhaltig, was an Schleife und Pyramidenbahn eines rechtzeitig geborenen Knaben demonstriert wird. Die Taststrahlung zeigt in der Regel beim weiblichen Geschlecht eine teilweise andere Lage als beim männlichen; sie verläuft dort schräg nach hinten oben, hier steil gerade nach oben, offenbar infolge eines relativ größeren Scheitellappens beim männlichen Geschlecht (demonstriert). Die Tastsphäre erhält nach der reifen Geburt keinen Zuwachs gegen den Scheitellappen hin (gegen *v. Monakow*), wohl aber gliedern sich in der ersten Stirnwindung mehrere Felder an, welche den Rumpf repräsentieren; sie stehen mit Thalamus (vorderer lateraler, medialer und vorderer Kern) und hierdurch mit formatio reticularis, rotem Kern, Bindearmen und Kleinhirn in Verbindung (daher die frontale Ataxie, Störung des Gleichgewichts bei Stirnhirnerkrankung). Auch ein großes Feld im gyr. fornicatus mit breitem Stabkranzblatt (ε *Flechsig*, Schmerzleitung?) gliedert sich erst später an, wohin sich außerdem die Arnoldschen Bündel verfolgen lassen. Die Behauptung *O. Vogts*, das Verständnis des emotionellen Parallelismus der intellektuellen Vorgänge fordere notwendig eine Verbindung der Assoziationszentren mit den subkortikalen Zentren, ist angesichts der reichen Verbindungen sämtlicher frontalen Sinnessphären (in welchen auch die sexuellen Organe repräsentiert sind) besonders mit dem frontalen Assoziationszentrum nichts als eine ebenso unbegründete wie überflüssige Vermutung, zumal der mediale Thalamuskern durch zahlreiche im zentralen Höhlengrau verlaufende Faserzüge mit sämtlichen den Ausdrucksbewegungen dienenden Nervenkernen des verlängerten Marks zusammenhängt. Die demonstrierten Präparate zeigen deutlich, daß sich die Sinnessphären der Rinde je auf eine oder mehrere (höchstens zwei) Hirnwindungen beschränken und völlig scharf umrissen sind. Sie sind inselförmig eingelagert in die vom Vortr. als Assoziations-(besser Koagitations-)Zentren bezeichneten viel umfänglicheren Rindengebiete, was an guten Präparaten auf das deutlichste hervortritt. Wenn demgemäß *v. Monakow* Vortr. als

[1]) Die Darstellung *Edingers*, wonach Schleifenbündel die laminae medullares des glob. pallidus durchlaufen, ohne mit der Substanz des letzteren in Verbindung zu treten, ist irrtümlich. Die fraglichen Stabkranzfasern gehen aus dem Innern der zwei inneren Linsenkernglieder hervor.



„extremsten inselförmigen Lokalisator“ bezeichnet, so kann dies nur als Anerkennung gewertet werden, da die Natur selbst es ist, welche „extrem“ lokalisiert, und nur unvollkommene Präparate zu einer gegenteiligen Ansicht führen können. Der Vortr. weist nach, daß die Größe der kortikalen Sinnessphären der Größe der peripheren Endorgane parallel geht; demgemäß ist die Sehsphäre (Lippen des fissura calcarina) viel ausgedehnter als die Hörsphäre in der vorderer temporalen Querwindung (wie die Retina größer als das Cortische Organ). Die räumlichen Sinne beanspruchen im Cortex viel größere Flächen als der „intensive“ (*Wundt*) Gehörsinn, dessen Rindenzentrum mehr durch Dicke und überaus dicht gedrängte Radiärfasern (nirgends stehen sie in anderen Bezirken der Rinde so dicht wie in dem akustischen Teil der vorderen Querwindung) charakterisiert ist. Es zeugt deshalb von mangelhafter Überlegung, wenn *v. Monakow* und *Brodmann* für die kleine Schnecke eine die vordere Querwindung des Schläfenlappens erheblich übertreffende Rindenfläche in Anspruch nehmen. Daß der feinere Bau der Sinnessphären charakteristische Unterschiede aufweist, hat Vortr. bereits in „Gehirn und Seele“ 1896 hervorgehoben; der achtschichtigen Netzhaut entspricht der schichtenreichste Rindenbezirk, die einfach geschichtete Rindensphäre der einfach geschichteten Riechschleimhaut; daß dieser Parallelismus ein zufälliger sei, ist kaum wahrscheinlich; die Sphäre der mechanischen Sensibilität weicht am wenigsten von den Typen der Assoziationszentren ab. Daß man für jedes vom Vortr. unterschiedene myelogenetische Rindenfeld auch im Bereich der Assoziationszentren einen besonderen Bau behauptet, wie *Brodmann*, ist nicht hinreichend begründet. Vortr. demonstriert Präparate aus dem Kleinhirn eines annähernd reifen Kindes, wo außer der Tonsille nur Teile des hinteren Lappens (nahe dem Äquator) fast völlig marklos erscheinen. Indem sich dahin ein scharf abgegrenztes, offenbar zu dem Türkschen Bündel in Beziehung stehendes Fasersystem der Brückenschenkel (zerebrale Brückenschenkel Flechsig) verfolgen läßt, muß diesem Terminalgebiet der Kleinhirnrinde eine besondere Funktion zugeschrieben werden. Da die Kleinhirnrinde über ihre ganze Ausdehnung (im Gegensatz zur Großhirnrinde) genau denselben Bau zeigt, so beweist dies unmittelbar, daß durch besondere Einschaltung (Verbindungen) ausgezeichnete Zentren nicht einen besonderen Bau zu beanspruchen brauchen, allerdings zunächst nur für die Kleinhirnrinde. Über den Umfang der Sehsphäre kann nur die primäre Sehstrahlung (*Flechsig*) Aufschluß geben, und diese endet ausschließlich im Bereich des Vicq d'Azyrschen Streifens. Später gesellen seit der „Sehstrahlung“ noch verschiedene andere Bahnen (zu Riechsphäre, Gyrus hippocampi etc.) bei, welche mit der Retina nichts zu tun haben und zum Teil auch in die Randzone der Sehsphäre gelangen, ohne optische Erregungen zu leiten (gegen *v. Monakow*).

Nach kurzer Berührung einiger Randzonen des seiner Bedeutung nach rätselhaften Gyrus subangularis u. a. m. betrachtet Vortr. eingehender die „Terminalgebiete“ seiner Assoziationszentren, die zuletzt (3. u. 4. Monat) in die Markbildung eintretenden Rindenfelder, insbesondere das frontale, parietale und temporale. Sie sind formbestimmend für das menschliche Gehirn und auch den Schädel und als überwiegend rein



menschliches Besitztum offenbar Träger der rein menschlichen psychischen Funktionen. Sie entsprechen in ihrer Lage genau den Stirn- und Scheitelhöckern und der Vorbuchtung der Schläfenschuppe (beachtlich für die Wertung der *Gall*schen Schädellehre!). Die Ansicht *von Monakows*, daß die Ungulaten relativ ein fast ebenso großes Stirnhirn besitzen, ist, wie myelogenetische Untersuchungen lehren, grundfalsch. Bei dieser Gattung reicht die stabkranzhaltige Körperfühlsphäre bis an den Stirnpol heran, die Spätgebiete sind verschwindend klein. Auch bei den Anthropoiden ist das frontale Terminalgebiet viel kleiner als beim Menschen und dies für letzteren also besonders charakteristisch. Die 3. Stirnwindung ist nur zu einem kleinen Teil Terminalgebiet; der operculäre und basale Abschnitt werden viel früher markhaltig, nur die pars triangularis enthält an der Grenze der 2. Stirnwindung ein Spätgebiet, doch auch der größte Teil dieses Abschnittes ist ein Frühgebiet, weshalb *Rüdinger*s Ansicht, daß die 3. Stirnwindung, als Sitz der Sprache, nur dem Menschen eigentümlich sei, nicht haltbar erscheint. Die 2. Stirnwindung ist in der Polgegend ausschließliches Eigentum des Menschen. Der Pol bleibt frei von Projektionssystemen; Vortr. demonstriert die Umbiegung des vorderen Sehhügelstiels nach rückwärts. Wenn andere Forscher gelegentlich den Übergang desselben in die Rinde des Stirnpols wirklich gesehen haben, so kann es sich nur um Variationen des Verlaufs handeln, welche an den zentralen Bahnen genau so vorkommen wie an den peripheren Nerven. Die Assoziationszentren des Vortr. zeigen eine völlig abweichende Anordnung der Faserzüge (zahlreiche Durchkreuzungen) gegenüber den Sinneszentren. Vortr. hält deshalb mit aller Bestimmtheit seine in „Gehirn und Seele" gegebene Einteilung der Rinde in Sinnes- und Assoziationszentren ohne jede wesentliche Änderung fest. Der wirkliche Verlauf der Assoziationssysteme ist bisher noch ganz unvollkommen erforscht; ein besonders umfänglicher Zug liegt dicht hinter der Hörsphäre (ω) und ist bei Deutung der sensorischen Aphasie sorgfältig zu beachten. Die 3. Stirnwindung ist durch einen früh markhaltig werdenden Faserzug ausgezeichnet, welcher von dem unteren Drittel der Zentralwindungen, hinterer Insel und Hörsphäre (?) ausgeht und durch operculare Herde leicht in toto unterbrochen wird. (Motorische Aphasie?) Indem *Salomon Henschen* die myelogenetische Hirnanatomie verwertete, hat er die Aphasieforschung ganz wesentlich gefördert.

Rein - Landsberg: Psychiatrische Aufklärungsarbeit (mit Lichtbildern).

Angesichts der allgemeinen Unkenntnis über Geisteskrankheiten und Irrenanstalten, die selbst in gebildeten Kreisen herrscht, ist es Pflicht der Psychiater allerwärts aufklärend zu wirken. Die Aufklärungsarbeit hat sich einmal zu wenden an diejenigen Kreise, die beruflich mit Geisteskranken und Psychopathen in Berührung kommen, wie Juristen, Erzieher, Seelsorger usw., hier werden in erster Linie Vorträge bzw. Vortragsreihen (Kurse) mit Krankheitsdemonstrationen und Anstaltsführungen neben Artikeln in den Fachschriften die betr. Berufe zum Ziele führen. Außerdem hat sich die Aufklärungsarbeit aber auch an die breiteste Öffentlichkeit, an das große Publikum, zu wenden. Die verschiedentlich

in diesem Sinne schon geschriebenen Bücher und Broschüren werden wohl nur wenig gelesen, zumal bei den heutigen Bücherpreisen; Gegenartikel gegen falsche oder irreführend wirkende Artikel der Tagespresse werden, wenn sie überhaupt gebracht werden, nur wenig Erfolg haben; viel mehr verspricht sich Verf. von gelegentlichen kurzen aufklärenden Artikeln in Tageszeitungen, auch in Provinzblättern, und vor allem von Vorträgen. Hierzu bietet sich in den Volkshochschulkursen wohl allerwärts eine passende Gelegenheit, sei es daß direkt aufklärende Vorträge über Psychiatrie (z. B. Gehirn und Seele, Vererbung von Geisteskrankheiten, Schädigung des Nervensystems durch Syphilis, durch Alkohol, durch Morphium und andere Gifte, psychiatrische Hygiene) gehalten werden, sei es daß Themen wie: „Psychiatrie und Publikum", „Psychiatrie und Erziehung", „Psychiatrie und Dichtkunst", „Massensuggestion", „Hypnose und Verbrechen" u. a. m. vom Vortragenden zu aufklärenden Ausführungen auch über psychiatrische Allgemeinfragen benutzt werden. Vortr. empfiehlt besonders die Belebung der Vorträge durch Lichtbilder und weist auf die Lichtbildersammlung des Reichsverbandes beamteter deutscher Irrenärzte hin, er zeigt dann eine Reihe von Lichtbildern aus einem Vortrag: „Erkennung von Geisteskrankheiten einst und jetzt".

Vortr. hofft, daß durch eine überall einsetzende Aufklärungsarbeit der Psychiater nicht nur der durch Unkenntnis bedingte Abscheu des großen Publikums vor Geisteskranken und das leider noch vielfach bestehende Mißtrauen gegen Psychiater und Irrenanstalten verringert werden, sondern auch durch die Vertrautheit weiter Kreise mit den Erscheinungen der Geisteskrankheiten die wissenschaftliche Arbeit (bes. Anamnesen und Katamnesen) gefördert wird; vor allem sieht er aber in der psychiatrischen Aufklärungsarbeit eine werktätige Mitarbeit für die Gesundung unseres Volkes, wie es das Ziel eines jeden Geistesarbeiters, bes. aber eines jeden Arztes auf seinem Gebiete jetzt sein muß. (Ausführlich: Ps. n. W.)

Schrottenbach-Graz: Experimentelle Untersuchungen über die Bedingungen von Sinnestäuschungen.

Die außerordentlich reichliche Literatur über Sinnestäuschungen enthält eine überaus große Zahl von hypothetischen und theoretisehen Anschauungen über die Entstehungsursache dieser Krankheitssymptome, welche sich mit *Jaspers* im allgemeinen in zwei große Gruppen unterbringen lassen. Die eine Gruppe ist jene, welche körperliche Grundlagen für die Entstehung von Sinnestäuschungen annimmt, die andere die, welche ein unbewußtes psychisches Geschehen den Sinnestäuschungen zugrunde legt.

Die Vertreter der ersten Anschauung stützen sich zum Großteil auf Krankheitsfälle, bei welchen lokalisierte Erkrankungen besonders in peripheren und zentralen Gebieten des Nervensystems mit Sinnestäuschungen einhergingen, während die Anhänger der zweiten Richtung rein hypothetische Konstruktionen über das sog. psychische Geschehen weiteren Kausalschlüssen zugrunde legen; gerade diesen Ausgangskonstruktionen geht aber durchwegs die wichtigste Voraussetzung zu ihrer vorbehaltlosen Annahme, die exakte naturwissenschaftliche Beobachtung, ab, weshalb man den daran geknüpften Schlüssen kaum folgen kann.



Wir dürfen bei einer Überlegung über das Zustandekommen von Sinnestäuschungen wohl unsere Kenntnisse über die Entstehung von Sinneswahrnehmungen zugrunde legen und uns ins Gedächtnis rufen, daß einer Sinneswahrnehmung ohne Zweifel ein physischer Vorgang zugeordnet ist, welcher u. a. auch eine Änderung des Ruhezustandes von Zellen der Sinnesrinde zur Folge hat. Es würde allem logischen Denken widersprechen, wenn wir nicht annehmen wollten, daß diese Erregung von Sinnesrindenzellen auch in irgendeiner Weise mit der Entstehung einer Sinneswahrnehmung zusammenhängt, und wir müssen umgekehrt sagen, daß wir uns das Zustandekommen einer Sinneswahrnehmung ohne Erregung von Sinnesrindenzellen nicht wohl vorstellen können.

Eine ähnliche Überlegung liegt wohl allen jenen theoretischen Anschauungen über die Entstehung von Sinnestäuschungen zugrunde, welche deren Entstehungsursache in einem krankhaften Reizzustande der Sinnesrindenzellen suchen, und dieser Anschauung neigen wohl alle jene Forscher zu, welche Sinnestäuschungen bei organischen Erkrankungen des Gehirns beobachten konnten, die Sinnesrindenfelder allein oder mitbetrafen. Es liegt also allen ähnlichen Anschauungen dieser Richtung die Meinung zugrunde, daß den Sinnestäuschungen pathologisch abgeänderte funktionelle Vorgänge zugeordnet sind, ebenso wie wir eine solche Zuordnung unter physiologischen Verhältnissen für die Sinneswahrnehmungen annehmen müssen.

Ich bin von der Anschauung ausgegangen, daß es zur Aufstellung einer theoretischen Meinung über die Bedingungen von Sinnestäuschungen vor allem nötig ist zu versuchen, ob es möglich ist, solche abgeänderte Funktionen der Sinnesrindenfelder bei Kranken mit Sinnestäuschungen exakt experimentell festzustellen; weiterhin zu untersuchen, welcher Art die möglicherweise feststellbaren Abänderungen dieser Funktionen seien. Bei der Wahl der Methode wurde ich von der ja recht verbreiteten Vorstellung beeinflußt, daß den Sinnestäuschungen ein Reizzustand der zugehörigen Sinnesrindenfelder zugeordnet sei. Ich sagte mir daher, daß sich ein solcher Reizzustand auch in anderer Weise ausdrücken müsse als in dem Auftreten von Sinnestäuschungen, und es schien mir möglich, ihn, wenn er vorhanden sei, durch die Untersuchung der Reaktionszeit festzustellen.

Aus Gründen der leichteren Durchführbarkeit der Untersuchung zog ich bis jetzt nur solche Krankheitsfälle in Betracht, bei welchen optische oder akustische Sinnestäuschungen bestanden, da die Durchschnittswerte der optischen und akustischen Reaktionszeiten sowie ihr Verhältnis zueinander beim Gesunden aus zahlreichen Untersuchungen recht gut bekannt sind.

Die Methodik hier im einzelnen zu schildern, würde zu weit führen. Ich will nur erwähnen, daß ich mich zu einem Großteil der Untersuchungen eines etwas modifizierten *Exner*schen Neuramöbimeters bediente, da mir damals ein Chronoskop noch nicht zur Verfügung stand. Der Apparat wurde so eingerichtet, daß die $^1/_{100}$ Sekunden-Lamelle bei ihrem ersten Ausschlage je nach Wahl entweder ein Lichtsignal oder eine Glocke in Betrieb setzte, und daß es durch Verlängerung des einen Hebelarmes ermöglicht wurde, die Versuchsperson durch einen Vorhang von dem



eigentlichen Apparatenraum zu trennen. Die Leistung des Apparates war genügend genau, um Zeitintervalle von zwei Sigma noch feststellen zu können.

Die gefundenen Werte der Reaktionszeiten wurden in der bekannten Weise nach ihrer Größe geordnet, der Zentralwert berechnet und Streuungskurven angelegt, in welchen als Abszissen die Zeit von 10 : 10 Sigma, als Ordinaten die Zahl der Versuche, in denen jeweils die Reaktionszeiten entsprechend der Zeitabszisse gefunden worden waren, eingetragen wurden. Auf diese Weise kamen Streuungskurven zustande, von welchen ich Ihnen einige später demonstrieren will.

Vorher möchte ich Ihnen noch mit ein paar Worten das über die optische und akustische Reaktionszeit aus physiologischen Verhältnissen Bekannte ins Gedächtnis rufen: Es ist zunächst zu unterscheiden zwischen dem sensoriellen und muskulären Reaktionstypus, je nachdem die Aufmerksamkeit der V.-P. vorwiegend auf den Reiz oder auf die Ausführung der Leistung eingestellt ist. Ich habe bei allen hier berichteten Versuchen den muskulären Reaktionstypus erreichen können, was für die Vergleichbarkeit der gefundenen Werte von Wichtigkeit ist.

Die Reaktionszeiten sind bei beiden Reaktionstypen auf akustischen Reiz wesentlich kürzer als auf optischen, die Differenz der Werte beträgt bis über 50 Sigma. Dieses Verhältnis ist unter physiologischen Umständen konstant.

Die Mittelwerte, welche sich für physiologische Verhältnisse in der Literatur finden, schwanken nach akustischem Reiz zwischen 136—185 Sigma, nach optischem Reiz zwischen 151 und 246 Sigma, sind also verhältnismäßig großen Schwankungen unterworfen, während die oben erwähnte Relation zwischen optischer und akustischer Reaktionszeit bei ein und derselben gesunden V.-P. konstant gefunden wird.

Mit meiner Versuchsanordnung untersuchte ich zunächst gesunde V.-P. und fand für akustischen Reiz Zentralwerte von 125 bis 155 Sigma, für optischen Reiz solche von 137 bis 177 Sigma.

Ich gebe drei Beispiele: 1. Dr. Erna U., 26 Jahre alt, Chemikerin, Klavierspielerin, zur Zeit der Untersuchung ausgeruht. Zentralwert akustisch 126 Sigma, optisch 137 Sigma. Aus den Kurven ist deutlich zu ersehen, daß die akustischen Reaktionszeiten wesentlich kürzer gefunden wurden als die optischen, die Kurvengipfel differieren um rund 20 Sigma. 2. Andreas T., klinischer Masseur, zur Zeit der Untersuchung körperlich ermüdet infolge mehrerer Krankenmassagen. Zentralwert akustisch 125 Sigma, optisch 137 Sigma. Auch hier wieder deutlich die akustischen Reaktionszeiten kürzer, als die optischen. 3. Ich selbst, zur Zeit der Untersuchung infolge einer Bergwanderung am Vortage sehr stark ermüdet. Zentralwert akustisch 155 Sigma, optisch 177 Sigma. Das physiologische Verhältnis der akustischen und optischen Reaktionszeiten ist aus den Kurven ersichtlich.

Aus diesen drei (hier nicht wiedergegebenen) Kurven wollen Sie ersehen haben, daß die optischen und akustischen Reaktionszeiten auch an Gesunden ziemlichen Schwankungen unterworfen sind, und daß besonders die Ermüdung, wie ja bekannt, eine Verlängerung der Reaktionszeiten verursacht; weiterhin aber, daß die früher angegebene Relation

zwischen akustischen und optischen Reaktionszeiten an ein und derselben Versuchsperson unter physiologischen Verhältnissen konstant gefunden wird.

Mittels der beschriebenen Methode wurde nun eine Anzahl von Kranken untersucht, bei welchen vorübergehend oder dauernd Sinnestäuschungen auf akustischem oder optischem oder beiden Sinnesgebieten zur Beobachtung kamen. (Kurvendemonstration.)

Die erste Kurve stammt von einem 28jähr. Hilfsarbeiter, welcher an Apicitis bilat. und einem neurasthenischen Zustandsbilde litt. Als für die in Rede stehenden Untersuchungen wichtig, teile ich Ihnen aus der Krankengeschichte nur mit, daß der Kranke angab, bei Erregung das Gefühl zu haben, als höre er eine andere Stimme das, was er selbst spreche, mitsprechen. Diese Erscheinung dauere manchmal nur wenige Minuten, ein andermal auch einige Stunden. Eigentliches Stimmenhören ist nie vorgekommen, besonders auch nicht das sogenannte Gedanken-Lautwerden. Es besteht ziemliche Einsicht für das Krankhafte dieser Erscheinung, der Kranke hat auch freiwillig die Klinik aufgesucht. Zentralwert akustisch 124 Sigma, optisch 127 Sigma. Die Differenz der beiden Zentralwerte ist also auffallend gering. Ein Vergleich der beiden Streuungskurven des Kranken mit den früher gezeigten von gesunden V.-P. ergibt, daß eine Verschiebung der akustischen gegen die optische Streuungskurve stattgefunden hat, so daß die Ordinaten beider Kurven fast vollkommen übereinander fallen. Die Werte der akustischen Reaktionszeiten waren also ungefähr gleich groß wie die der optischen.

2. Der untersuchte Kranke, ein 34jähr. Tischler, litt an einer typischen Paranoia chron. halluzinatoria. Die Sinnestäuschungen waren zur Zeit der Untersuchung schon seit Monaten ausschließlich akustische und zwar Phoneme, welche auch während der experimentellen Untersuchung gelegentlich auftraten. Zentralwert akustisch 151 Sigma, optisch 146 Sigma. Der Zentralwert der akustischen Reaktionszeiten ist also größer als der der optischen, dementsprechend zeigen auch die beiden Streuungskurven ein Verhalten, welches dem physiologischen gerade entgegengesetzt ist, indem die Kurve der akustischen Reaktionszeiten später beginnt, gipfelt und endet als die der optischen.

3. Diese Kurven zeigen das Ergebnis der Untersuchungen an einer 26jähr. Bauerntochter, bei welcher nach Grippe ein akut halluzinantes Zustandsbild aufgetreten war. Es bestanden Akoasmen und Phoneme, welche 4 Tage vor der Reaktionszeitprüfung am stärksten in Erscheinung getreten waren, während zur Zeit dieser Prüfung keine Sinnestäuschungen bestanden und sich bereits beginnende Krankheitseinsicht zeigte. Zentralwert akustisch 158 Sigma, optisch 155 Sigma. Noch viel deutlicher ist die Verlängerung der akustischen Reaktionszeiten gegenüber den optischen aus den beiden Streuungskurven ersichtlich, die Phasen der akustischen Kurve sind gegenüber der optischen sehr deutlich verspätet.

4. In diesem Falle handelt es sich um eine 37jähr. Fabrikarbeiterin, bei welcher Apicitis und ein akut halluzinantes Zustandsbild vorlag. Es bestanden Phoneme beschimpfenden Inhalts, welche außerhalb der Fenster verlegt wurden und besonders nachts auftraten. Zur Zeit der Untersuchung bestanden keine Sinnestäuschungen. Zentralwert akustisch



203 Sigma, optisch 165 Sigma. Die starke Verlängerung der akustischen Reaktionszeiten, welche aus dem Zentralwert hervorgeht, zeigt sich auch besonders ausgesprochen an den Streuungskurven. Der Zentralwert der akustischen Reaktionszeiten fällt auch bereits weit über die bekannten oberen Grenzwerte der akustischen Reaktionszeiten an Gesunden, an welche ich Sie früher erinnert habe.

Die bisher berichteten Untersuchungsergebnisse haben Ihnen bewiesen, daß bei den untersuchten Kranken mit akustischen Sinnestäuschungen die Reaktionszeiten auf akustische Reize ohne Ausnahme verlängert gefunden wurden. Die Verlängerung der Werte sprach sich in allen Fällen in einer Verschiebung des physiologischen Verhältnisses zwischen optischer und akustischer Reaktionszeit aus in der Weise, daß die Werte nach akustischen Reizen gleich groß oder aber größer gefunden wurden, als nach optischen. Nur in einem Falle waren während der experimentellen Untersuchung gelegentlich Sinnestäuschungen vorhanden, in allen anderen Fällen trat die Verlängerung der akustischen Reaktionszeiten ohne das gleichzeitige Bestehen von Sinnestäuschungen in Erscheinung, in einer Krankheitsperiode, in welcher eine latente Bereitschaft zu Sinnestäuschungen vorhanden war.

5. Hier sehen Sie nun die Streuungskurve der optischen und akustischen Reaktionszeiten eines 43jähr. Beamten, welcher infolge von chronischem Alkoholismus an der Klinik ein akut halluzinantes Zustandsbild bis zur Abheilung durchmachte. Diese Kurve wurde zu einer Zeit gewonnen, als der Kranke bereits 3 Tage frei von Sinnestäuschungen war, die daran geknüpften Erklärungswahnvorstellungen jedoch noch nicht korrigieren konnte. Sie sehen eine deutliche Verschiebung der akustischen gegen die optische Kurve im Sinne einer relativen Verlängerung der akustischen Reaktionszeit. Die zweite Kurve stammt von einer zweiten Untersuchung, welche neun Tage nach der ersten vorgenommen wurde; inzwischen war völlige Abheilung des Zustandsbildes mit vollkommener Korrektur und Krankheitseinsicht eingetreten, und Sie sehen dementsprechend ein vollkommen normales Verhältnis der beiden Streuungskurven der akustischen und optischen Reaktionszeiten.

6. Diese Kurven stammen von einem 45jähr. chronischen Alkoholiker, welcher in der Klinik ein abortives delirantes Zustandsbild ebenfalls bis zur Abheilung durchmachte. Er halluzinierte nur optisch, und wollen Sie daher vorwiegend die beiden Kurven der optischen Reaktionszeiten in Betracht ziehen. Die dünner gezeichnete wurde zu einer Zeit gewonnen, als zwar spontan keine Sinnestäuschungen mehr auftraten, jedoch der Verdunklungsversuch bei Druck auf die Bulbi positiv ausfiel. Der Zentralwert für die optische Reaktionszeit war damals 176 Sigma. Die stark ausgezogene Kurve stellt das Ergebnis einer Versuchsreihe 6 Tage später da. Damals bestanden ebenfalls keine Sinnestäuschungen mehr, aber auch der Verdunklungsversuch fiel vollkommen negativ aus. Zentralwert der optischen Reaktionszeiten nunmehr 140 Sigma. Es ist ohne weiteres ersichtlich, daß die optische Reaktionszeit zur Zeit noch bestehender latenter Bereitschaft zu optischen Trugwahrnehmungen viel höher gefunden worden ist, als zur Zeit, als diese Bereitschaft im Verlaufe der Heilung verschwunden war.



7. In diesem Falle handelte es sich um einen 39jähr. Mann, welcher an Tbc. pulm., traumatischer Desintegration des Nervensystems und chronisch halluzinantem Zustandsbilde litt. Er halluzinierte auf optischem und akustischem Gebiet und war zur Zeit der experimentellen Untersuchung zeitweilig optisch und akustisch halluzinant, dissimulierte aber. Zentralwert akustisch 220 Sigma, optisch 217 Sigma, also wenigstens für die akustischen Reaktionszeiten weit oberhalb der physiologischen Grenzwerte. Dieses Verhältnis drückt sich auch in den Kurven aus, welche auffallend große Streuung zeigen. Die Untersuchung desselben Kranken 2 Monate später, als nach weitgehender Besserung die Sinnestäuschungen völlig geschwunden waren, ergab Zentralwerte akustisch 137 Sigma, optisch 147 Sigma, also absolut und relativ genommen physiologische Werte. Auch die beiden Kurven zeigen außer vielleicht etwas größerer Streuung keine Besonderheiten. Es muß bemerkt werden, daß an einen Einfluß der Übung nicht gedacht werden kann, da in einem Zeitraume von über 2 Monaten, welcher zwischen den beiden Untersuchungen lag, keine Untersuchung vorgenommen worden ist.

8. Dieses Untersuchungsergebnis endlich erbringt vielleicht den überzeugendsten Beweis dafür, daß nicht die Sinnestäuschungen als solche es sind, welche etwa durch Aufmerksamkeitsstörungen die bezüglichen Reaktionszeiten beeinflussen. Hier handelte es sich um einen 23jähr. Epileptiker, welcher lediglich eine akustische Aura vor den Anfällen in Form von Sausen und Klingen in den Ohren, sonst aber niemals pathologische Sinneswahrnehmungen hatte. Zur Zeit der Untersuchung war er bereits 5 Tage anfallfrei. Zentralwert akustisch 166 Sigma, optisch 153 Sigma. Dementsprechend zeigt auch die Kurve der akustischen Reaktionszeiten eine Verschiebung gegenüber der optischen genau so, wie bei Kranken, bei welchen Sinnestäuschungen im Vordergrunde des Krankheitsbildes standen.

Da nach Untersuchungen von *Stoeckhenius* die motorischen und sprachlichen Reaktionen bei Nervösen und Geisteskranken in der Mehrzahl der Fälle gegenüber der Norm verlängert sein sollen, habe ich Kontrollversuche angestellt und Fälle von konstitutioneller Neurasthenie, Epilepsie ohne sensorielle Aura, manisch-depressives Irresein, Schizophrenie, Alkoh. chron., Taboparal. progr. incip. genau mit derselben Methodik untersucht und keinerlei Veränderungen der Reaktionszeiten weder absolut noch ganz besonders in ihrem Verhalten zueinander gefunden.

Zusammenfassend kann also über das Ergebnis der bisher berichteten Untersuchungen gesagt werden: Die optischen und akustischen Reaktionszeiten verhalten sich bei Kranken ohne Sinnestäuschungen absolut und relativ genommen gleich wie bei Gesunden, insolangen nicht Demenzerscheinungen aufgetreten sind. Dagegen wurden bei sämtlichen Krankheitszuständen mit Sinnestäuschungen auf optischem oder akustischem oder beiden Sinnesgebieten Abänderungen der optischen oder akustischen oder beider Reaktionszeiten gefunden, welche in Verlängerung der absoluten und der Zentralwerte sowie in Verschiebung oder Umkehrung des physiologischen Verhältnisses der Reaktionszeiten zueinander bestanden. Diese Abänderungen der Reaktionszeiten zeigen eine gesetz-



mäßige Beziehung zu den bei den Kranken bestehenden Sinnestäuschungen, indem die Reaktionszeit auf jenem Sinnesgebiete verlängert war, in welchem auch Sinnestäuschungen abliefen. Besonders interessant sind die Ergebnisse jener Versuche, in welchen es möglich war, die Reaktionszeiten zur Zeit der manifesten Krankheitserscheinungen und später nach Abheilung derselben, besonders der Sinnestäuschungen, zu prüfen. In allen diesen Fällen fand sich, daß zur Zeit bestehender Sinnestäuschungen oder bestehender latenter Bereitschaft zu solchen die Reaktionszeiten für die betroffenen Sinnesgebiete verlängert waren und nach Abheilung der Sinnestäuschungen zu physiologischen Werten zurückkehrten. Daß nicht die Sinnestäuschungen als solche, sondern jener Zustand des Nervensystems, welcher seinen Ausdruck in der latenten Bereitschaft zu Sinnestäuschungen findet, mit der Verlängerung der Reaktionszeiten zusammenhängt, ergibt sich einmal daraus, daß die Feststellung verlängerter Reaktionszeiten bei der Mehrzahl der Kranken in Intervallen gelang, in welchen gerade keine Sinnestäuschungen bestanden, dann aber auch ganz besonders aus dem letztbeschriebenen Falle von Epilepsie mit akustischer Aura.

Es würde zu weit führen, alle Überlegungen im einzelnen mitzuteilen, welche für die Deutung der festgestellten Erscheinungen maßgebend sein müßten. Es sei hier nur gesagt, daß bei intakter Funktion der Perzeption auf optischem und akustischem Gebiete, sowie der motorischen Leistungen solche Abänderung der optischen oder akustischen Reaktionszeit nur durch eine Verlängerung des Zeitabschnittes erklärt werden kann, welcher für die Erregung des bezüglichen Sinnesrindenfeldes und die Überleitung dieser Erregungswelle auf motorische Rindenfelder verbraucht wird. In den untersuchten Fällen konnten nun keinerlei Symptome festgestellt werden, welche auf eine periphere Reizleitungsstörung hingewiesen hätten. Es darf daher angenommen werden, daß die an Gehirnkranken mit Sinnestäuschungen beobachtete Verlängerung der Reaktionszeiten auf äußere Reize in jenem Sinnesgebiete, in welchem Sinnestäuschungen oder die latente Bereitschaft zu solchen bestehen, zu erklären ist durch Verlängerung jenes Teilabschnittes der gesamten Reaktionszeit, welcher für die Erregung des betroffenen Sinnesrindenfeldes und die Überleitung der Erregungswelle auf motorische Rindenfelder verstreicht. Dies bedeutet aber unter den gleichen Voraussetzungen die Feststellung, daß in solchen Fällen eine Veränderung der funktionellen Leistungsfähigkeit der bezüglichen Sinnesrinde und ihrer anatomischen Verbindungen mit anderen, im besonderen auch motorischen Hirnanteilen vorhanden ist, welche ihren Ausdruck in der Reaktionszeitverlängerung findet.

Es ist nach all diesen Überlegungen der Schluß berechtigt, daß ein und derselbe Krankheitsprozeß im optischen und akustischen Sinnesrindenfelde einerseits zur Abänderung der funktionellen Leistungsfähigkeit der betroffenen Sinnesrinde und zwar zu einer Herabsetzung der Erregbarkeit gegenüber exogenen Reizen, andererseits zum Auftreten von Trugwahrnehmungen auf dem bezüglichen Sinnesgebiete führt.

Diese Schlußfolgerung widerlegt nach den Ergebnissen exakter psychophysiologischer Versuche die vielfach geäußerte Anschauung, daß



Sinnestäuschungen durch Krankheitsprozesse entstehen, welche mit einem „Reizzustande" der betreffenden Sinnesrinde einhergehen. In dieser Anschauung liegt jedoch eine Unklarheit über den Begriff Reiz verborgen, indem dabei der Begriff der Reizung erregbaren Gewebes oder seiner Bestandteile zu adäquatem Reizerfolge mit dem Begriffe des krankhaften Reizes verwechselt wird. Letzterer führt in den allermeisten Fällen höchstens vorübergehend zur Erregung, sehr bald aber zum größeren oder geringeren Ausfalle der Leistung. In diesem Zusammenhange möchte ich besonders auf die sogenannten hemianopischen Halluzinationen hinweisen, welche erfahrunggemäß fast ausschließlich in der erblindeten Gesichtsfeldhälfte auftreten; hier ist also die Reizbarkeit des Sinnesrindenfeldes für adäquate Reize vollkommen aufgehoben, so daß nicht wohl angenommen werden kann, daß die durch den Krankheitsprozeß bis zum Ausfalle der Leistung geschädigten Sinnesrindenzellen gleichzeitig durch denselben Krankheitsprozeß in einen Reizzustand versetzt werden sollten, welcher zum Auftreten von Sinnestäuschungen führt.

Wir müssen vielmehr annehmen, daß der krankhaften Herabsetzung der Erregbarkeit für exogene Reize eine ebenso starke Erregbarkeit der Sinnesrindenzellen für endogene Reize wie unter physiologischen Verhältnissen gegenübersteht, da wir für die Herabsetzung letzterer Erregbarkeit keine experimentellen Anhaltspunkte haben, und daß dadurch zwangweise die Aufmerksamkeit gefesselt wird. Da aber die phylogenetische und ontogenetische Erfahrung dahingeht, daß nur exogene Reize imstande sind, dauernd die Aufmerksamkeit zu erregen, so ist die dauernde zwangläufige Aufmerksamkeitseinstellung auf den Effekt endogener Reize mit eine Bedingung, um eine Täuschung über den Ursprungsort der Reize zu erzeugen und denselben in die Außenwelt zu verlegen. Mit anderen Worten, die Herabsetzung der Erregbarkeit eines Sinnesrindenfeldes für exogene Reize ruft in dieser Auffassung eine Störung des Erregbarkeitsgleichgewichts dieses Sinnesrindenfeldes für exogene und endogene Reize, eine Diaschisis im Sinne *v. Monakows* hervor, welche letzten Endes eine Bedingung für das Entstehen von Sinnestäuschungen bilden würde.

Dieser Auffassung über die Entstehung von Sinnestäuschungen reihen sich eine Anzahl von klinischen Beobachtungen bestätigend an, vor allem jene, welche das erleichterte Auftreten von trughaften Sinneswahrnehmungen in allen Zuständen von Bewußtseinstrübungen bestätigen, so im Schlafe (denn auch die Träume sind als vorübergehende Trugwahrnehmungen aufzufassen), dann im deliranten, amenten, dämmerhaften Symptomenkomplex. Gerade die Bewußtseinstrübung ist aber charakterisiert durch eine Herabsetzung der Erregbarkeit der Sinnesrindenfelder für exogene Reize. Wenn Sie sich ferner daran erinnern, daß jeder organische Krankheitsprozeß in der nervösen Substanz neben anderen Erscheinungen auch Diaschisis bewirkt, so schließt sich der Kreis der Überlegungen damit, daß auch die Entstehung von Trugwahrnehmungen bei organischen Erkrankungen der Sinnesrindenfelder eine Bedingung in der Diaschisis der Erregbarkeit für exogene und endogene Reize in der betroffenen Sinnesrinde findet.

Es ist selbstverständlich, daß diese Erwägungen nur einen geringen Teil aller Fragen beantworten können, welche betreffs der Entstehung



von Sinnestäuschungen noch ihrer Lösung harren. Es erscheint mir jedoch nötig für die Sinnestäuschungen, sowie für möglichst alle anderen psychischen Krankheitserscheinungen, wenn möglich mittels exakt-experimenteller Methoden, welche großenteils auf psychophysiologischen Gebieten liegen werden, Klärung zu suchen.

Ich habe bereits damit begonnen, die Erscheinung der optimalen Wahrnehmung von Sinnestäuschungen bei bestimmter Einstellung des Sinnesorganes, welche ja eine Hauptbedingung für den absoluten Realitätswert der Sinnestäuschungen ist, experimentell zu untersuchen. Ausgehend von der Tatsache, daß die Gesichts- und Gehörsempfindungen unter physiologischen Verhältnissen nicht unbestimmt, sondern in den allermeisten Fällen an eine bestimmte Stelle im Raum projiziert werden, habe ich überlegt, daß für die Apperzeption und Lokalisation eines optischen oder akustischen Sinnesreizes eine bestimmte Zeit verstreichen muß, in welcher die Orientierung zu dem Reiz erfolgt, und welche ich als Orientierungszeit bezeichnen möchte. Sie setzt sich zusammen aus der Reaktionszeit und der Lokalisationszeit, und wenn die Reaktionszeit für eine V.-P. bekannt ist, so muß die einfache Subtraktion derselben von der gesamten Orientierungszeit eine Verhältniszahl für die Lokalisationszeit ergeben.

Ich habe zwecks Untersuchung dieser Verhältnisse eine Versuchsanordnung gewählt, welche Ihnen die folgenden beiden Bilder zeigen sollen. 1. Sie sehen hier einen Ausschnitt aus dem Raum für die V.-P.: Die V.-P. sitzt auf dem Drehstuhl und hält die Hand in Ruhelage auf der Wippe, welche auf dem Gueridon liegt. Die Wippe ist so eingerichtet, daß sie bei Erheben der Hand den Stromkreis des im Nebenzimmer aufgestellten Chronoskops — ein solches erwarb die Klinik inzwischen — unterbricht. Auf dem Stativ hinter dem Gueridon sehen Sie ein Kästchen mit einer Stimmgabel, auf deren Ton jedoch im Verlauf der Untersuchungen vollkommen verzichtet wurde, da Töne bekanntlich viel schwerer zu lokalisieren sind als Geräusche. Es wurde daher die Stimmgabel so abgedämpft, daß nur der Aufschlag des anmontierten Hammers hörbar ist. Im Augenblik des Aufschlages schließt sich der Stromkreis des Chronoskops. Solcher Apparate sind sechs im Versuchsraum angebracht und zwar in annähernd gleichen Abständen, vorn, hinten, oben, unten, links und rechts von der V.-P. Auf dem Vorhange hinter dem Stativ sehen Sie ferner Glühlämpchen, welche je nach Wahl vom Apparatenraum aus zum Aufleuchten gebracht werden können. Gleichzeitg schließt sich der Strom des Chronoskops. Die V.-P. fixiert eine weiße Scheibe, welche im Dunkeln eben noch sichtbar ist, gerade vor ihr, und die 6 Glühlämpchen in der Peripherie des Gesichtsfeldes, oben, unten, r. oben, r. unten, l. o. l. u., leuchten je nach Wahl des Untersuchers abwechselnd auf. Sowohl bei den akustischen als auch bei den optischen Versuchen ist die V.-P. angewiesen, auf den Reiz hin so rasch als möglich in der Richtung des Reizes zu zeigen. Sie muß dabei natürlich die Hand von der Wippe abheben und öffnet dadurch den Stromkreis des Chronoskops, welcher im Augenblick des Reizes geschlossen worden war. Die dazwischen verflossene Zeit ist die Orientierungszeit. Das r. auf dem Tische aufgestellte Lichtsignal dient zur Verständigung mit der Versuchs-Hilfsperson,



welche die Aufmerksamkeit der V.-P. durch den Zuruf „Achtung“ zu erregen hat.

Das 2. Bild zeigt Ihnen das Chronoskop mit Kontroll-Fallapparat, sowie davor die Apparate für die Reizwahl und Reizsetzung. Ich habe mit dieser Versuchsanordnung bisher nur eine ganz geringe Zahl von Versuchen anstellen können und konnte besonders nur eine Kranke untersuchen und auch diese nur mit einer etwas anderen Versuchsanordnung mit Einschaltung eines Schallschlüssels an Stelle der Wippe, welche ich aus verschiedenen Gründen seither verlassen habe. Es ist schwierig, für diese Versuche geeignete Kranke zu finden, da ja hiezu nur vollkommen besonnene Kranke mit einem ziemlichen Intelligenzgrade in Frage kommen. Zunächst sehen Sie das Resultat eines Normalversuches an einer gesunden V.-P. mit derselben Versuchsanordnung wie an der untersuchten Kranken. Die Zentralwerte der Reaktionszeiten betrugen für optischen Reiz $^{35}/_{100}$ Sekunden, für akustischen Reiz $^{27}/_{100}$ Sekunden, die der Orientierungszeiten für optischen Reiz $^{69}/_{100}$ Sekunden, für akustischen Reiz $^{55}/_{100}$ Sekunden. Das Verhältnis der Reaktionszeiten wurde also mit der Versuchsanordnung mittels Schallschlüssel analog gefunden, wie mittels Neuramöbimeters, und weiteres konnte festgestellt werden, daß auch die Kurven der Orientierungszeiten sich ähnlich verhalten wie die der Reaktionszeiten, daß nämlich die Kurve der akustischen Orientierungszeit früher ansteigt, gipfelt und abfällt, als die der optischen. Wollen Sie sich die Gipfelhöhe der akustischen Orientierungszeit zwischen $^{55}/_{100}$ und $^{60}/_{100}$ Sekunden, die des optischen zwischen $^{65}/_{100}$ und $^{75}/_{100}$ Sekunden merken. Die Differenz der Zentralwerte der akustischen Orientierungszeiten und akustischen Reaktionszeiten, also nach dem früher Gesagten die Verhältniszahl der akustischen Lokalisationszeit betrug 276 Sigma, die der entsprechenden optischen Werte 340 Sigma.

Gleiche Untersuchungen wurden an einer 22jähr. Lehrerin angestellt, welche ein paranoisches Zustandsbild bot. Es bestanden nicht direkt Sinnestäuschungen, sondern die Kranke litt an ausgesprochenem Beziehungswahn, hervorgerufen dadurch, daß sie Gespräche, Blicke, Gesten, welche sie an anderen sah, auf sich bezog. Dementsprechend zeigen die Kurven der Reaktionszeiten nichts Pathologisches, die Zentralwerte mit akustisch $^{33}/_{100}$ Sekunden, optisch $^{40}/_{100}$ Sekunden sind ebenfalls nicht wesentlich verschieden von denen der gesunden V.-P. Dagegen zeigen die Kurven der Orientierungszeiten, daß eine wesentliche Verlängerung derselben bestanden hat, und finden sich die Gipfel beider Kurven zwischen $^{85}/_{100}$ und $^{90}/_{100}$ Sekunden, sind also gegenüber der gesunden V.-P. bis zu $^{40}/_{100}$ Sekunden verschoben. Die Verhältniszahlen der Lokalisationszeiten betragen dementsprechend für akustische Reize 479 Sigma, für optische Reize 487 Sigma, sind also fast doppelt so hoch wie an der gesunden V.-P.

An diese bisherigen Versuchsergebnisse können natürlich irgendwelche Schlüsse noch nicht geknüpft werden. Immerhin scheint mir daraus hervorzugehen, daß die geschilderte Methode geeignet sein dürfte, für die als Bedingung der Sinnestäuschungen so wichtigen Störungen der Lokalisation der Trugwahrnehmungen auf exaktem experimentellen Wege aufklärende Tatsachen zu finden.



Aussprache. — *Nießl v. Mayendorf*-Leipzig: Ich stimme mit dem Vortr. darin überein, daß die Sinnessphären bei den Sinnestäuschungen in erster Linie funktionell beteiligt sind. Ich glaube jedoch nicht, daß die Untererregbarkeit der kortikalen Sinnessphäre mit Notwendigkeit aus der Verlängerung der Reaktionszeiten zu folgern ist, sondern daß letztere aus einer psychischen Einstellung auf die Halluzination, aus der gespannten Aufmerksamkeit auf dieselbe, einleuchtender zu erklären wäre.

De Crinis-Graz: Gasstoffwechsel und Epilepsie.

Untersucher stellte an einer Reihe von Epileptikern Stoffwechselversuche mit dem Gasanalysenapparat nach Zuntz-Geppert an und kam zu folgenden Resultaten: Nach Kohlehydratkost erreicht der respiratorische Quotient nicht die Zahlen, wie sie bei Gesunden zu finden sind, solange sich der Kranke im praeparoxysmalen Stadium befindet. Unmittelbar vor dem Anfalle erfahren die Oxydationsvorgänge eine Hemmung, die sich sowohl in der CO_2-Produktion als auch in der O_2-Aufnahme äußert. Nach einer Anfallserie zeichnet sich der Stoffwechsel durch eine erhöhte CO_2-Produktion aus. — Nach Eiweißkost erreicht der respiratorische Quotient ebenfalls nie die normalen Werte, sondern bleibt höher. Die Verbrennung erscheint rascher abgeschlossen. Die Kohlensäureproduktion bleibt ebenfalls im Verhältnis zu den Werten am Stoffwechselgesunden zurück und zwar im Verhältnis noch mehr als die Sauerstoffaufnahme. Der Anfall selbst wirkt wie beim Kohlehydratstoffwechsel oxydationshemmend. — Auch das Oxydationsvermögen gegenüber Fett zeigt eine Abweichung, die in einem Zurückbleiben der Sauerstoffaufnahme und Kohlensäureproduktion ihren Ausdruck findet. — Zur Erklärung dieser Stoffwechselstörungen können humorale Veränderungen am epileptischen Organismus herangezogen werden. Es wurde das Kohlensäurebindungsvermögen untersucht, und es ergab sich folgendes: Der epileptische Stoffwechsel ist durch Störungen im Oxydationsvermögen ausgezeichnet, die mit Aziditätsschwankungen des Blutes einhergehen. Vor dem Anfalle findet eine Abnahme des Kohlensäurebindungsvermögens statt.

Schilder-Wien: Zur Psychologie epileptischer Ausnahmezustände.

An einem Material von 20 epileptischen Dämmerzuständen wird gezeigt, daß die biologische Änderung, welche mit dem epileptischen Anfall und seinen Ersatzprodukten verbunden, sich in Wiedergeburtphantasien spiegelt. Derartige Phantasien gehören zum Gemeingute der Menschen, werden aber in den beschriebenen Fällen durch organisch biologische Veränderungen zum sinnfälligen Ausdruck gebracht. Auch sonst bringt die körperliche Störung keine Unterbrechung im seelischen Geschehen hervor, sondern bringt nur schon Vorhandenes zu klarerer Erscheinung. Neben den charakteristischen Abänderungen des Inhaltes des psychischen Erlebens treten noch formale hervor, deren wichtigste eine Störung der Auffassung und eine Monotonie des Erlebens sind. Die gewaltigen Krisen des seelischen Erfahrens beruhen auf einer veränderten Richtung des Interesses: dessen neuerliche Umschaltung beim Erwachen aus dem Ausnahmezustand läßt das in ihm Erlebte scheinbar in Ver-



gessenheit versinken. Ein wirklicher Verlust einmal gewonnener Eindrücke findet jedoch nicht statt. Im Dämmerzustand aufgefaßte Bilder und im Dämmerzustand erlernte Gedichte hinterlassen, wie ausgedehnte Versuche zeigen, stets Erinnerungen und Erinnerungsspuren. Die Dynamik des Vergessens epileptischer Dämmerzustände entspricht weitgehend der der hysterischen Verdrängung. Auch der epileptische Ausnahmzustand kann im Flusse des seelischen Lebens verstanden werden. Nur die formale Abänderung in der Auffassung und des Gedankenganges legen den Gedanken nahe, es handle sich um eine Störung der organischen Rhythmik, welche sich ja auch in den Wiedergeburtphantasien des epileptischen Dämmerzustandes darstellt.

Stanojević-Zagreb: Die Wirkung der Magen- und Darmerkrankungen auf die Stimmung der Geisteskranken. — Aus dem Studium des Vortr. an Kranken der Anstalt Stenjevec geht hervor, daß die Stimmung der Geisteskranken unter dem Einfluß von Erkrankungen des Magens und des Darmes das Bild einer seelischen Depression mit ihren Variationen zeigt. Diese psychische Depression bei Geisteskranken infolge einer Erkrankung des Verdauungskanals steht ohne Zweifel in engster Beziehung zu der Verminderung der Resistenz des gesamten Organismus.

---

25. Versammlung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie am 6. Januar 1923 in der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Königsberg i. Pr.

Anwesend: *Augstein*-Königstein, *Berg*-Allenberg, *Baumm*, *Bongers*-Königsberg, *Dubbers*-Allenberg, *Havemann*-Rastenburg, *E. Hoffmann*-Königsberg, *Jacob*-Königsberg, *Krakow*-Tapiau, *Krüger*-Tapiau, *Krebs*-Allenberg, *Knab*-Tapiau, *Kastan*-, *Klieneberger*-Königsberg, *Lullies*-Kortau, *E. Meyer*-, *G. Meyer*-, *Moser*-Königsberg, *Powels*-Kortau und 18 Gäste.

Kastan: Encephalitis lethargica mit rezidivierenden Herderscheinungen.

Pat., zu Beginn des Leidens 44 Jahre alt, früher gesund, kam 2 Jahre vorher erregt aus dem Felde. Im März 1921 plötzlich Kopfschmerzen, stöhnte viel, antwortete und aß nicht, schlief mit offenen Augen. Blutdruck 182 mm Hg. Im Urin Eiweiß. W.-R.: —. Nonne: —. 42 Lymphozyten im Liquor. Liquor unter hohem Druck. Pat. gähnt viel, führt Bewegungen aus, wie verlangt. Schleimabsonderung aus dem Munde. R. Mund- und Wangenfacialis paretisch, r. deutlicher, l. angedeuteter *Babinski*scher Reflex. Kernig +, Fußklonus r. +. Im Urin Eiweiß, Fetttropfen, Erythrozyten, Bakterien. Temp. in den ersten 20 Tagen 37,2 bis 38,5°. Nach 5 Tagen Aufhellung des Sensoriums. Häufige Bewegungen des r. paretischen Armes, sonst starre Haltung. Stauungspapille. Paraphasie, perseveriert viel. Nach 7 Wochen Gliawucherung der Papillen, keine Stauungspapille. Perseveriert bei Diktatschreiben. Wortfindung er-



schwert. 10 Monate nach Beginn der Erkrankung Zitteranfälle, sonst gebessert. — Herbst 1922 erneute Verschlimmerung. Benennen von Gegenständen und Bildern, Spontansprache gestört. Nachsprechen gut. Bei Reihensprechen Vermischung verschiedener Reihen (z. B. Wochentage und Einmaleins). Lesen durch linksseitige Hemianopsie gestört, kommt in andere Zeilen. Liest richtig, aber ohne Verständnis. Kann Gelesenes schriftlich und mündlich nur bruchstückweise wiedergeben. In der Schule Erlerntes schreibt er fehlerlos aus dem Kopf nieder. Beim Spontansprechen Mitbewegungen der r. Hand und des r. Armes. R. Facialisparese. Reflexe o. B. Augenhintergrund o. B. Urin o. B. Blutdruck 180 mm Hg. Prognose: ungünstig, wie bei vielen anfangs gebesserten Enzephalitiden. Zu Anfang der Erkrankung kam Differentialdiagnose gegen Urämie in Frage. Der Herd sitzt im hinteren Teil der Sehstrahlung, vielleicht besteht ein zweiter Herd in oder an der motorischen Rinde.

G. Meyer: Erfahrungen mit endolumbaler Salvarsaninjektion.

Zur Behandlung gelangten seit März 1922 17 Paralysefälle mit im ganzen 100 endolumbalen Injektionen. Die Behandlung wurde nach den Vorschriften *Gennerich*s mit dem von *Benedek*-Leipzig angegebenen Instrumentarium durchgeführt. Technische Einzelheiten werden besprochen, insbesondere wird darauf hingewiesen, daß zum Rückfluß nicht die ganze entnommene Liquormenge verwandt werden darf. Obwohl die Infusion in den meisten Fällen gut vertragen wird, birgt die Druckschwankung infolge der großen Liquorentziehung Gefahren in sich. Bei zwei Fällen, die bereits mehrere Infusionen gut vertragen hatten, trat der Exitus im paralytischen Status in nahem Anschluß an eine weitere Infusion ein, so daß ein direkter Zusammenhang ziemlich wahrscheinlich ist. Zweimal traten nach Infusionen epileptiforme Anfälle auf, von denen übrigens auch *Gennerich* berichtet. Bei einer w. Pat. hatte eine Probeentnahme von 50 ccm Liquor, der sofort ohne Salvarsanzusatz wieder infundiert wurde, heftigste Erscheinungen von Meningismus und vorübergehende leichte Benommenheit zur Folge; völlige Erholung in einem Tage. — Ein endgültiges Urteil läßt sich bei der noch kurzen übersehbaren Zeitspanne nicht fällen; die beiden am längsten behandelten Kranken (16 bzw. 13 Injektionen) befinden sich seit Monaten in einer ziemlich guten Remission; die kürzlich von *Gennerich* angegebene Änderung der Methode (Doppelpunktion) ermöglicht Heranbringung größerer Salvarsanmengen an das Gehirn. Auch Kombination mit Fieberbehandlung (Malaria) kann unter Umständen Nutzen bringen. Eine Empfehlung der endolumbalen Methode für die Allgemeinpraxis ist bisher nicht angängig.

E. Meyer: Dauernde Gemeingefährlichkeit.

M. stellt einen 28j. Kranken vor, der im Juli 20 einen Mann erstochen und einen andern schwer verletzt hatte, so daß dieser bald darauf verstarb. Es handelte sich um einen Imbezillen, der, seit Jahren dem Trunke ergeben, stets als hochgradig reizbar galt, vor allem unter Alkoholeinfluß. Schon dreimal war es bei ihm durch Körperverletzung, Widerstand, Sachbeschädigung usw. zu Gesetzesverletzungen gekommen.



Auf Grund des § 51 StGB. freigesprochen, wurde er als gemeingefährlich der Klinik zugeführt, von dort einer Anstalt, aus dieser entwich er im Laufe eines Jahres viermal. — *M.* hält in diesem Falle dauernde Gemeingefährlichkeit für vorliegend und eine strengere Aufsicht für notwendig, weil sonst durch das häufige Entweichen derartiger hochgefährlicher Kranken die freie Behandlung der andern in Frage gestellt werden kann. — Das Gleiche hinsichtlich dauernder Gemeingefährlichkeit gilt nach *M.*s Erachten auch von einer Kranken, die im Eifersuchtswahne, wahrscheinlich auf manisch-depressiver Grundlage, seinerzeit ihren Mann erschlagen und ihr Kind verletzt hatte und nach längerem Klinikaufenthalt aus einer Anstalt bald entlassen wurde. Nach Erfahrung bei andern ähnlichen Beobachtungen besteht bei der Kranken, die starke erotische Neigungen und den dringenden Wunsch zur Wiederverheiratung hatte, in hohem Maße die Gefahr, daß sie wieder zu ähnlichen schweren Taten kommt.

Aussprache. — *Dubbers* weist auf die Schwierigkeit hin, die Trinker und die alkoholintoleranten geistig Schwachen, um die es sich dabei meist handelt, die in der Anstalt, wenn sie aus der Alkoholwirkung heraus sind, harmlos und meist gute und willige Arbeiter sind, zu beschäftigen. Diese Kranken wegen ihrer Fluchtgefahr dauernd von der Arbeit zurückzuhalten, geht nicht an; für eine größere Anzahl von Trinkern ist Innenarbeit hinter geschlossenen Türen nicht genügend vorhanden, sie gehören in ihrem eigenen Interesse an die Arbeit im Freien, und dabei leisten sie Brauchbares, werden dabei aber immer wieder Gelegenheit zum Entweichen finden. Damit müssen wir rechnen. Die Polizei wird von dem Entweichen benachrichtigt. Wenn diese nun alsbald den Flüchtling festnehmen und kurzerhand nach der Anstalt zurückbringen ließe, würde diesen Kranken bald klar werden, daß das Weglaufen zwecklos ist. Die polizeiliche Festnahme erfolgt aber leider nur selten, und dann wird oft erneut die Anstaltspflegebedürftigkeit geprüft, die Beurlaubung empfohlen, und so erreichen tatsächlich viele ihr Ziel durch diese Selbstentlassung, so daß die kurzdauernde Anstaltsbehandlung tatsächlich gar keinen Zweck gehabt hat. — Über das Vorleben, über polizeiliche Einweisungen infolge einer Straftat dieser Kranken wissen die Anstalten oft gar nichts. Um diesem Übelstand abzuhelfen, empfiehlt sich ein engeres Zusammenarbeiten zwischen Klinik, Polizeiarzt und den Provinzialanstalten, weiter käme dabei in Betracht das städtische Fürsorgeamt für Geisteskranke, das vor einem Jahr ins Leben treten sollte, von dem aber seither nichts mehr zu hören ist.

Prof. *Nippe* a. G.: Die Erfahrungen an der Königsberger Alkoholfürsorgestelle, die mir in den Jahren vor dem Kriege und jetzt in der Nachkriegszeit zur Verfügung stehen, lehren immer wieder, daß eine rationelle Bekämpfung der Trunksucht durch das Verhalten der Ehefrau der Trinker keine Stütze, sondern fast nur Hemmnisse erhält. Dabei ist es ganz gleichgültig, aus welchen sozialen Ständen diese Frauen stammen, und so sehr sie auch zunächst einmal dahin gedrängt hatten, daß der trunksüchtige Mann in Anstaltsbehandlung kam, ebenso geben sie nach den ersten Besuchen oder Briefen des internierten Mannes dessen Wünschen nach, die naturgemäß zunächst auf die Wiedererlangung der

Freiheit gerichtet sind. Dabei hilft es auch nichts, daß den Frauen ganz prinzipiell in jedem Falle gesagt wird, daß sie nun nicht nach wenigen Wochen wieder den Arzt bedrängen sollen, ihren Mann zur Entlassung zu bringen. In ihrer Unorientiertheit über das Wesen des chronischen Alkoholgenusses glauben sie den Versprechungen ihrer Ehemänner, die solche nach vielfältigen Erfahrungen nach nur kürzerer erzwungener Abstinenz in der Anstalt doch nie halten. Man darf also unter keinen Umständen solchen Wünschen der Ehefrauen nachgeben, wenn nicht ganz ergebnislos die erheblichen Kosten, welche die Internierung verursacht, umsonst vertan sein sollen. Die Trinkerfrauen erweisen sich — und das gilt wiederum für Frauen aller Bildungsschichten fast ausnahmslos — völlig unbelehrbar dieser Frage gegenüber. Auf diesem Gebiete muß noch sehr viel aufklärende und propagandistische Tätigkeit für die Frauen gerade entfaltet werden. Es darf daher nicht in das Belieben der Ehefrauen gestellt werden — das gilt vielfach auch für die andern weiblichen Verwandten —, den Mann aus der Anstalt gegen ärztlichen Rat zu entlassen. Es muß dahin gestrebt werden, wie das hier in Königsberg dank dem Entgegenkommen und der Einsicht der zuständigen Stellen vielfach erreicht ist, daß internierte Trinker entmündigt werden und erprobte abstinente Vormünder die vorzeitige Entlassung entgegen den Wünschen der Frauen verhindern. Aus dem gleichen Grunde hat sich auch das seit langem hier in Königsberg geübte Vorgehen bewährt, schwere Trinker als gemeingefährliche Geisteskranke der geschlossenen Anstalt zuzuführen, da dann der beamtete Arzt vor der Entlassung aus der Anstalt befragt werden muß. Die zuständige Polizeiverwaltung muß immer wieder nachdrücklich darauf hingewiesen werden, daß die Anstalten den Trinker als gemeingefährlichen Geisteskranken eingewiesen erhalten und in diesem Sinne von ihr zu benachrichtigen sind. Zwischen beamtetem Arzt und der betreffenden ersten psychiatrischen Klinik ist das ausgezeichnete Hand-in-Hand-Arbeiten zu erstreben, wie es hier in Königsberg der Fall ist.

E. Meyer (Schlußwort): Die Klinik ist stets bereit, der Anstalt alle Daten, Aktenauszüge usw., die sie regelmäßig sammelt, zur Verfügung zu stellen, und wird von jetzt ab bei allen als gemeingefährlich Eingelieferten schon bei der Überführung die Krankengeschichte mitsenden. Die Bedenken, daß ein Kranker, wie der von *M.* vorgestellte, dessen Vorleben der Anstalt übrigens bekannt war, wiederholt entweichen konnte, werden durch Herrn *Dubber*s Ausführungen nicht entkräftet.

Klieneberger: Zur Beurteilung der D. B.-Frage bei Dementia praecox.

Bericht über 414 für das Versorgungsgericht erstattete Gutachten, unter denen in 49 Fällen die Diagnose Dementia praecox gestellt war. Nur in 11 Fällen konnte der Diagnose ohne weiteres beigetreten werden; 21 Fälle erschienen mehr oder weniger zweifelhaft; in den restierenden 17 Fällen mußte die Diagnose als zu Unrecht gestellt abgelehnt werden. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle war K. D. B. anerkannt worden. Die Gründe, die zu dieser Anerkennung geführt haben, wurden besprochen und widerlegt, und die gesamten Ausführungen dahin zusammengefaßt, daß der Krieg als ursächliches, als auslösendes und verschlimmerndes



Moment für die Dementia praecox abzulehnen ist. (Ausführliche Veröffentlichung an anderer Stelle.)

Aussprache. — Ob.-Reg.-M.-R. Dr. *Guß* a. G.: Die Frage der D. B. bei Geisteskranken ist während des Krieges, namentlich solange noch Aussicht vorhanden war, ihn zu gewinnen, von dem gemäß § 43 M. V. G. 06 im Kriegsministerium gebildeten Kollegium sehr oft zu Unrecht bejaht worden; zum Teil infolge Entgegenkommens gegen die volkstümliche Anschauung, zum Teil deswegen, weil die ganze Frage wissenschaftlich noch zu wenig geklärt war. Auch die Anhaltspunkte für die militärärztliche Beurteilung der Frage der D. B. oder Kriegs-D. B. bei den häufigsten psychischen und nervösen Erkrankungen der Heeresangehörigen enthalten in dieser Beziehung sehr dehnbare Richtlinien.

E. Meyer: Beeinflussung der Bewegungsstörungen bei Encephalitis lethargica durch „rhythmische Gefühle". Veröffentlichung in der Münch. med. Wschr. 1923, Nr. 5.

Jacob: 2 Demonstrationen.

1. Fall von amyotrophischer Lateralsklerose; klinisch typisches Bild der Erkrankung, auffallend durch die außerordentlich starken Atrophien der Hand-, Arm-, Schulter-, Brust- und Nackenmuskulatur, die zu einer fast vollständigen Lähmung beider Arme geführt hat; atypisch durch die allerdings nicht einwandfreie Anamnese, nach der die Erkrankung bisher keinen kontinuierlichen, sondern einen schubweisen Verlauf genommen.

2. Schwere Psychopathin von hysterischem Typ, die im Anschluß an Beschäftigung mit Spiritismus und Hypnose einen Zustand schwerer geistiger Störung bekommen, dessen Natur (psychogen-schizophren) zurzeit noch nicht feststeht.

Ausführliche Veröffentlichung folgt.

Klieneberger: Periodische atypische Psychosen.

Erscheint in den Originalien dieser Zeitschrift. *G. M.*



Kleinere Mitteilungen.

Nekrolog *Deiters.* — Am 13. Juni 1922 wurde der Direktor der Rhein. Prov. Heil- u. Pflegeanstalt Düren, Sanitätsrat Dr. *Otto Deiters*, im 54. Lebensjahre seiner Familie und den rhein. Irrenärzten durch einen jähen Tod entrissen, nachdem er sich anscheinend durch einen längeren Aufenthalt im Sanatorium Konstanzer Hof von den Folgen einer schweren Grippe erheblich erholt hatte. Ein eigenartiges Geschick fügte es, daß er in seinem Geburtsort und an seinem Geburtstage aus dem Leben schied.

Deiters wurde am 13. Juni 1869 als Sohn des Gymnasialdirektors, späteren Geh. Regierungsrats und Mitglieds des Rhein. Prov.-Schulkollegiums in Koblenz, Dr. *Hermann Deiters*, geboren. Er erhielt in den Jahren 1877—1888 seine Gymnasialausbildung in verschiedenen Städten, so in Konitz, wohin sein Vater als Gymnasialdirektor versetzt worden war, in Posen und in Bonn, wo sein Vater eine gleiche Stelle bekleidete. Er studierte dann an der Universität Bonn, wo er 1888 bis 1890 blieb, dann in München, Leipzig und Berlin. Dort bestand er 1892 das Staatsexamen; im selben Jahre wurde er auf Grund einer Dissertation „Über die Ernährung mit Albumose-Pepton" aus der Medizinischen Klinik von *Gerhardt* zum Doktor promoviert. Seine weitere Ausbildung erfolgte im Hygienischen Institut Berlin und 1894/95 im Patholog.-Anatomischen Institut Bonn. Ob bei seinem Entschluß, sich anatomischen Arbeiten zu widmen, ein Vorbild in der Familie — der Bruder seines Vaters hatte bei dem bedeutenden Anatomen *Max Schultse* in Bonn gearbeitet und war der Entdecker des nach ihm benannten *Deiters*schen Kerns — ihm die Richtung wies, ist nicht bekannt. Seit dem 1. Oktober 1895 ist er dann ununterbrochen im Rhein. Prov.-Anstaltsdienst tätig gewesen, zuerst in Andernach, dann in Bonn und Grafenberg, von wo er an die Anstalt Düren versetzt wurde, um am 1. November 1917 die Stelle des Anstaltsdirektors zu übernehmen.

Er war im Anstaltsdienst wie wenige geeignet. Stets hilfsbereit in seinem Wesen, sorgte er in wohlwollendster Weise für die ihm anvertrauten Kranken. In seinem Auftreten verband er Freundlichkeit und Bescheidenheit. Er war eine stille ernste Natur, keine führende Persönlichkeit in Gesellschaft, aber doch gelegentlich durch einen treffenden Humor anregend. Bei allen, die ihn kannten, war er wohl gelitten, zumal auch bei seinen Mitarbeitern in der Anstalt. In hervorragendem Maße verstand er es alle Zeit, Gegensätze auszugleichen, ärztliche Anfänger in ihren



Studien zu leiten, ihnen mit Rat und Tat beizustehen und zu fortwährendem Mitarbeiten anzuspornen. Kaum jemals verließ ihn bei unliebsamen Vorgängen und aufregenden Ereignissen, wie sie im Anstaltsleben nicht gerade selten sind, die Ruhe und dann nur ganz vorübergehend.

Unter seinem äußeren Ernst barg sich ein überaus reiches Innenleben. Liebe zur Musik hatte er von seinem Vater geerbt, der als junger Gymnasiallehrer in Bonn mit der Geschichte der Musik und besonders mit dem größten Sohne dieser Stadt, Beethoven, sich befaßte und später die von dem Engländer Thayer herausgegebene Biographie Beethovens ins Deutsche übersetzte und ergänzte. *Deiters* selbst war ein guter Geiger, leider hielt er anderen gegenüber mit seiner Kunst zurück. Er besaß eine nicht unbedeutende Sammlung von Kupferstichen, besonders solche von Dürer, die er seinen Freunden und Bekannten mit dem freudigen Gefühl des Besitzes strahlenden Auges zeigte. Aber nicht nur der alten Kunst hing er begeistert an, auch den neueren Richtungen versagte er seine Beachtung nicht. Die medizinische Wissenschaft blieb ihm dabei doch das Erste. Er beherrschte die ältere und verfolgte mit großem Interesse die neuere psychiatrische Fachliteratur. In seinem wissenschaftlichen Streben gab es für ihn keinen Stillstand; in der Beurteilung seiner Krankheitsfälle war er klar und bestimmt, was sich vor allem in seinen zahlreichen gerichtlichen Gutachten zeigte. Das Verzeichnis seiner wissenschaftlichen Arbeiten folgt unten.

Fast schien es, als ob er dauernd im Junggesellentum verharren wollte, doch da holte er sich eine junge Frau, die ihm und seinem Heim sonniges Glück brachte, und der er dies mit zärtlichster Liebe dankte. Und als der Ehe vier blühende Kinder entsproßten, konnte er in den Spielen mit diesen wieder jung werden. Die für seine Familie tragische Plötzlichkeit seines Endes war für ihn selbst eher ein Glück zu nennen, denn ein langes Krankenlager würde ihm durch die Sorge um seine Familie die letzten Wochen seines Daseins recht traurig gestaltet haben.

Mit *Deiters* ist ein guter edler Mensch, eine zum Irrenarzt trefflich geeignete Persönlichkeit dahingegangen. Sein Andenken wird in der rhein. Psychiatrie nicht sobald schwinden.

Wissenschaftliche Arbeiten. — Doktorarbeit: Über die Ernährung mit Albumose-Pepton (aus der med. Klinik von G.-R. *Gerhardt*), Berlin 5. 3. 1892. Beitrag zur Kenntnis der Seelenstörungen der Epileptiker (A. Z. f. Psych. 56). Beitrag zur gerichtsärztlichen Beurteilung der höheren Stufen der Imbezillität (A. Z. f. Ps. 56). Ein geheilter Fall von multiplen Darmverletzungen (M. m. W. 1900, Nr. 36). Beitrag zur Kenntnis der Typhuspsychosen (M. m. W. 1900, Nr. 47). Über hämorrhagische Enzephalitis (N. Ztbl. 1898, Nr. 16). Der Stand des Irrenwesens innerhalb des deutschen Sprachgebiets im Jahre 1900/01, nach den Jahresberichten kritisch dargestellt (Ps.-N. W. 1902). Über die Fortschritte des Irrenwesens, 2. u. 3. Bericht, nach den Anstaltsjahresberichten erstattet (Ps. -N. W. 1902, 1903 u. 1905). Ein Fall von Leichenschändung (Mschr. f. krim.-psychol. Strafrechtsreform, 10. Jg. 1913/14). *Peretti.*



• *Theodor Kirchhoff* †. — Prof. Dr. *Kirchhoff* entstammte einer alten schleswig-holsteinschen Predigerfamilie; sein Vater, Professor am Christianeum in Altona, ist durch gelehrte Arbeiten aus dem Gebiet des griechischen Theaterwesens und der Musik hervorgetreten. Von ihm hat *Kirchhoff* offenbar die Vorliebe für Geschichte und den emsigen Fleiß ererbt, mit dem er die vielen kleinen Bausteine für seine Forschungsarbeiten zusammentrug.

In den Drangsaljahren unserer engeren Heimat mußte sein Vater vorübergehend flüchten und eine Stellung in Mörs, der Heimat seiner Frau, annehmen. Hier wurde *Kirchhoff* 27. 6. 53 geboren. Seine Jugend verlebte er aber in Schleswig-Holstein, da seine Eltern bald zurückkehren konnten. Er besuchte das Christianeum in Altona und zog von dort 1870/71 als Primaner mit ins Feld, wo er im Krankenpflegerdienst tätig war,

Nach bestandenem Abgangsexamen 1872 studierte er in Heidelberg, Leipzig, München, wo er Ostern 1874 sein Physikum machte, und Kiel. Schon als Student zeigte er eine ausgeprägte Vorliebe für Psychiatrie; schon in München hatte *Gudden* tiefen Eindruck auf ihn gemacht, in Kiel versuchte er den alten *Jessen* noch einmal zu bestimmen, seine angekündigten Vorlesungen auch wirklich zu halten, und gleich nach dem Staatsexamen, das er am 9. 1. 77 in Kiel beendigte, ging er auf ein Jahr als Volontärarzt an die Irrenanstalt zu Schleswig. Seine Doktorarbeit (1877) war „Ein Beitrag zur Aphasie im Sinne der Lokalisation psychischer Funktionen".

Nach einer längeren Reise im Sommer 1878 diente er sein zweites halbes Jahr in Kiel bei der Marine, der er später als Stabsarzt angehörte. Zugleich wurde er Assistent an der medizinischen Klinik bei dem damals schwer erkrankten *Bartels* und nach dessen Abgange bei *Quincke*. Diesem verdankte er die bis ins Kleinste genaue und sorgfältige Beobachtung und Untersuchung am Krankenbett und den steten Blick auf den Zusammenhang der gesamten Medizin.

Seit Herbst 1880 stand *Kirchhoff* dann ununterbrochen fast 39 Jahre lang im Dienste der Provinz Schleswig-Holstein, zunächst wieder als Arzt in Schleswig an der Irrenanstalt, wo er sich im Laufe der 80er Jahre, also noch als recht junger Arzt, die volle Bewunderung und Anerkennung seines Direktors (*Hansen*) durch die ausdauernde Energie erwarb, mit der er von seinen unruhigen Frauenabteilungen auch die letzten Zwangsmittel verbannte. 1893 übernahm er die Leitung der neuerrichteten Pflegeanstalt in Neustadt i. Holst., die im Laufe der Jahre unter ihm und seinem Nachfolger *Dabelstein* zu einer mit allen modernen Hilfsmitteln vorbildlich ausgerüsteten Vollanstalt ausgebaut wurde, 1902 die Leitung der Anstalt Schleswig. Hier vollendete er die bereits unter *Hansen* begonnene Erneuerung der alten und teilweise veralteten Anstalt durch umfangreiche Umbauten und zahlreiche Neubauten, im ganzen in recht glücklicher Weise und noch vor dem Kriege, so daß auch die Schleswiger Anstalt jetzt wieder allen Anforderungen der Neuzeit voll entsprach. Verbunden war damit freilich eine erhebliche Vergrößerung beider Anstalten, und der Übelstand, daß die Provinz nur zwei große Anstalten für Geisteskranke, davon die eine (Neustadt) recht abgelegen und schwer erreichbar, erhielt — der Bau einer dritten Anstalt, der vor dem Kriege



geplant war und bereits in Angriff genommen werden sollte, ist inzwischen durch die Abnahme der Krankenziffer infolge der Hungerblockade im Weltkriege und die Abtretung von Nordschleswig unnötig geworden.

Wie aber *Kirchhoff* um die Entwicklung und den praktischen Ausbau der Irrenpflege in der Provinz, der besonders nach dem Gesetz von 1891 nötig wurde, sich unvergängliche Verdienste erworben hat, so wird er fortleben durch seine wissenschaftlichen Forschungen und seine Verdienste um den Bau der Kieler Klinik.

Schon als Student hatte er das Fehlen psychiatrischer Vorlesungen in Kiel als schweren Mangel empfunden; 1882 trat er wegen des Baues einer Klinik mit der Provinzial-Verwaltung in Verbindung: der Landesdirektor verhielt sich ablehnend; 1886 regte er an, wenigstens das Volontärarztsystem in Schleswig weiter auszubauen, und bat, an der Anstalt Kurse für praktische Ärzte und Studenten abhalten zu dürfen, und als er keinen nennenswerten Erfolg sah, entschloß er sich 1888, Privatdozent zu werden, in der bewußten Absicht, die Notwendigkeit des Baues einer psychiatrischen Klinik nachzuweisen und durch die engere Fühlung mit der medizinischen Fakultät sein Ziel schneller zu erreichen. War doch Kiel die einzige Universität, in der keine psychiatrischen Vorlesungen gehalten wurden, und neben Königsberg die einzige preußische Universität, die noch keine psychiatrische Klinik besaß, obwohl sie die drittgrößte medizinische Fakultät aufzuweisen hatte.

Schon vorher hatte er verschiedene wissenschaftliche Abhandlungen veröffentlicht, seine Habilitationsschrift behandelte die Lokalisation der psychischen Störungen, und neben seinem praktischen Beruf als Irrenarzt entfaltete er nun eine rege wissenschaftliche Tätigkeit. Bekannt wurde er zunächst, auch über die Grenzen des Reiches hinaus, durch eine ausgezeichnete Arbeit über die Geschichte der Psychiatrie, und dann schrieb er im Auftrage des Verlags von Deuticke ein Lehrbuch der Psychiatrie, das wegen seiner klaren und verständlichen Sprache und wegen seiner Übersichtlichkeit im In- und Ausland Anerkennung fand und ins Englische übersetzt wurde. Als Auszug des Lehrbuchs erschien von ihm 1899 ein Grundriß der Psychiatrie, zur 2. Auflage kam es aber nicht, da es durch die späteren Auflagen des *Kraepelin*schen Lehrbuchs und deren neuere Lehren überholt wurde.

Die Vorlesungen hielt er regelmäßig von Schleswig, später von Neustadt aus in der mediz. Klinik. Die Kranken, die er vorstellte, nahm er zuweilen mit hinüber. Meistens wurden sie ihm aber aus der Klinik bzw. dem städtischen Krankenhaus zu Kiel zugeführt, ohne daß er vorher Gelegenheit hatte, irgendwie sie selber und ihr Vorleben kennenzulernen. So konnte er zwar seinen Studenten praktisch die Schwierigkeiten vorführen, die sich einem Arzte bieten, wenn er in der Praxis ans Krankenlager eines Geisteskranken gerufen wird, es litt darunter aber der Vortrag und die Übersichtlichkeit des Unterrichts. Er berichtete selber darüber ans Ministerium (1894), daß „die ganze Art des bisherigen Unterrichts für Lehrer sowohl wie für Schüler unbefriedigend sei", und machte dies für die Notwendigkeit des Baues einer Klinik geltend. Seine Vorlesungen fanden zahlreiche Hörer. Doch erst 1896 ward er mit dem Entwurf von



Bauplänen beauftragt. Von nun an war er eifrig tätig, besorgte den Ankauf des Geländes, vermittelte die Verhandlungen zwischen Staat, Provinz und Stadt Kiel und wurde als ärztlicher Sachverständiger beim Bau herangezogen. Nach Fertigstellung des Rohbaues wurden die Pläne dann aber noch einmal *Hitzig* vorgelegt; von da ab war *Kirchhoffs* Einfluß völlig zurückgedrängt, und nach Fertigstellung der Klinik erhielt er die Professur nicht, obwohl er von der Kieler Fakultät in erster Linie mit vorgeschlagen war. Mitbestimmend war dabei vielleicht, daß er vollkommen Autodidakt und entgegen der damals herrschenden Schule bereit war, auf die Nervenfälle wenigstens „vorläufig" zu verzichten mit Rücksicht auf „die besonderen Verhältnisse der medizinischen Klinik" (*Quincke*), und weil er Neurologie und Psychiatrie zusammen doch für einen Lehrstuhl für zu umfangreich hielt. So wurde er 1901 zwar mit der Verleihung des Professortitels belohnt, seine Hoffnung, für seine unleugbar großen Verdienste um den Bau der Klinik auf den Kieler Lehrstuhl berufen zu werden, sah er aber nicht erfüllt.

Daß er nunmehr die akademische Laufbahn endgültig aufgeben mußte, hielt ihn nicht ab, neben seiner umfangreichen Arbeit als Direktor wissenschaftlich rastlos weiterzustreben. Das beweisen seine zahlreichen Abhandlungen und Werke, besonders auf seinem Lieblingsgebiet, der früher stiefmütterlich behandelten Geschichte der Psychiatrie (im ganzen 10), ferner über Lokalisationsfragen (9), über Mimik (5) und auf sonstigen Gebieten (9). Auch nach seinem Übertritt in den Ruhestand, obwohl die Erscheinungen eines jahrelang mit vorbildlicher Geduld ertragenen Darmleidens immer störender auftraten, ließ ihn sein wissenschaftlicher Eifer nicht ruhen. Vornehmlich arbeitete er jetzt an dem Sammelwerk „Deutsche Irrenärzte" und an seinem Lebenswerk — schon 1892 hat er einmal in einem Brief an *Kraepelin* darauf hingewiesen — „Der Gesichtsausdruck und seine Bahnen", das eine Fülle älterer und neuer wichtiger Forschungsergebnisse bietet.

Noch auf seinem letzten Krankenlager arbeitete *Kirchhoff*, treu umsorgt von seiner Gattin, mit der er seit Anfang der 80er Jahre in glücklicher Ehe verheiratet war, rastlos weiter an den Korrekturen jenes Sammelwerks, bis am 28. 10. 1922 ein Herzschlag seinem Leben und damit auch seiner Arbeit ein Ende setzte. *Hinrichs.*

Heinrich Obersteiner †. — Mit *Heinrich Obersteiner*, der wenige Tage nach Vollendung seines 75. Lebensjahres am 19. November 1922 verschieden ist, verliert das medizinische Wien und verlieren vor allem Neurologie, Hirnanatomie und Psychiatrie eine ihrer führenden Persönlichkeiten. Ein universeller Geist von jenem guten, alten Schlage, wie eine frühere Kulturepoche deren weit mehr hervorgebracht hat denn die heutige, eherne Zeit, war es ihm möglich, eine reiche und feine Allgemeinbildung nicht nur mit tiefgründigem Wissen auf seinem ureigensten Forschungsgebiete, der Anatomie des Nervensystems, zu vereinen, sondern auch als klinischer Neurologe, ja als Psychiater in bedeutsamer Weise Anteil an der Entwicklung unserer Kenntnisse zu nehmen.

Erst wenige Jahre sind es her, daß dem Gefertigten die Ehre zuteil ward, anläßlich des 70. Geburtstages des Verblichenen in dieser Zeitschrift (Bd. 74, S. 184) eine Würdigung seiner Persönlichkeit und seiner hervorragendsten Leistungen geben zu dürfen. Zu wiederholen, was dort geschrieben steht, dürfte sich erübrigen, um so mehr, als kein Fachgenosse im Zweifel sein kann über *Obersteiners* führende Rolle auf dem Gebiete der nach wie vor auch und gerade für den Psychiater so grundlegenden Neuroanatomie. Aber auch von den schönen und edlen Eigenschaften, welche den Dahingeschiedenen in rein menschlicher Beziehung kennzeichneten, durfte damals erzählt werden. Nun, da wir, seine Schüler, in tiefer Trauer an der Bahre unseres Lehrers stehen, ringt sich in uns allen mit ergreifender Deutlichkeit aufs neue zu klarer Erkenntnis durch, wie vieles wir alle ihm danken, mögen wir Neuroanatomen geblieben sein, mögen wir neurologischer oder psychiatrischer Klinik uns zugewendet haben. Es ist niemand unter uns, dem er nicht aus dem reichen Schatze seines Wissens ein gut Stück Wegzehrung mitgegeben hätte für seine weitere Bahn; und niemand, dem er nicht noch darüber hinaus Mäzen geworden wäre, denn im Grunde ist er es gewesen, der so gut wie ganz aus eigenen Mitteln das von ihm gegründete Institut der Wiener Universität erhalten hat, ein Institut, das sein redlich Teil daran hat, wenn auch in der bitteren Gegenwart der Ruf des medizinischen Wien nicht verdunkelt werden konnte. Dieser Forschungsstätte, der er sich so voll und ganz gewidmet hatte, nach jahrzehntelangen Kämpfen ein würdiges Heim zu schaffen, war sein innigster Wunsch; er konnte ihn gerade beim Abgange vom akademischen Lehramte noch verwirklicht sehen. Für diese seine ureigenste Schöpfung hat er durch die Schenkung seiner einzigartig vollständigen Fachbibliothek und eines Kapitals zu ihrer Pflege und Ausgestaltung über sein Grab hinaus einem Vater gleich gesorgt. Ein väterlicher Freund ist er auch allen seinen Schülern gewesen und geblieben in den traurigen Jahren qualvollen körperlichen Leidens, das seinen Lebensabend verdüsterte, und in dem die Besuche seiner Schüler wohl seine einzige Freude bildeten. Zu den schweren arteriosklerotischen Krankheitbeschwerden gesellte sich der nagende Schmerz ob der furchtbaren Nöte der Zeit, denn *Obersteiner*, einer alten Wiener Patrizierfamilie entsprossen, Altösterreicher im besten Sinne des Wortes, dabei und ebendarum vornehm deutsch im Wesen und im Fühlen, aus gleicher Wurzel aber und als ein Begründer interakademischer Hirnforschung ein überzeugter Anhänger zwischenvölkischer Gelehrtenzusammenarbeit, war durch die ihm unfaßbare haßerfüllte Ausschließungspropaganda der Feinde bis ins Mark getroffen; er, der zeitlebens Schülern aus aller Herren Ländern so Reiches geschenkt hatte, konnte nicht hassen, nicht Gleiches mit Gleichem vergelten; an ihm zehrte der Gram, und ihn hielt nur die Hoffnung, es werde einst wieder helle werden in aller — Feinde Sinn.

Ein reiches Leben hat der Tod beendet; aber der Name dessen, der es gelebt hat, wird nicht untergehen; und die Erinnerung an ihn wird weiterbestehen in allen, denen es vergönnt war, diesem bedeutenden Forscher und gütigen Menschen nähertreten zu dürfen. ***Stransky*.**



In Memoriam. *Albrecht Paetz.* — Am 1. Weihnachtsfeiertag 1922, kurz vor Vollendung seines 72. Lebensjahres, verschied an den Folgen eines Schlaganfalles der Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Alt-Scherbitz Geh. Sanitätsrat Dr. *Albrecht Paetz.* Obwohl sich schon seit längerer Zeit arteriosklerotische Beschwerden bemerkbar machten, hatte sich *Paetz* nicht entschließen können, sich Ruhe zu gönnen, und so überraschte ihn der Tod im Berufe. Am Weihnachtsabend sollte ihm die von seinen Schülern gewidmete Festschrift überreicht werden; doch war dies leider nicht mehr möglich. Noch bis in seine letzten Lebenstage galt seine Sorge seiner Anstalt.

Paetz, Alt-Scherbitz, koloniale Verpflegung und offene Behandlung, das sind untrennbare Begriffe geworden. Die Tage der Blüte von Alt-Scherbitz, als In- und Ausland seine Vertreter schickte, um dieses Kunstwerk, welches *Paetz* mit Einsatz seiner Persönlichkeit geschaffen hatte, zu besichtigen, sind ja längst dahin. Wenn ich mir ins Gedächtnis zurückrufe, wie ich Ende der 90er Jahre — damals ein junger Assistenzarzt — die Anstalt Alt-Scherbitz fand: gefällige Landhäuser mit umrankten Veranden, vergraben in Grün und Blüten, eine großzügige Fürsorge für die hier lebenden Geisteskranken mit unerhört freier Behandlung und unendlich zahlreichen Betätigungsmöglichkeiten, glänzende Geselligkeit in dem gastfreien Hause des Leiters und vor allem ein vorbildliches kollegiales Zusammenarbeiten, so deucht mir das jetzt wie eine romantische Vision von Licht und Heiterkeit schöner vergangener Zeiten.

Die Seele dieser Wesenheit — damals waren manche Anstalten noch Individualitäten — war *Paetz* selbst und *Paetz* allein. Was ist Alt-Scherbitz ohne *Paetz*? Eine Anstalt wie andere, ein Körper ohne Seele! Ich sehe ihn vor mir, lebhaft und unermüdlich, mil wallendem weißen Bart, der flinkste von uns allen. Ein immer korrekter, tadelloser Verwaltungsbeamter, ein Arzt, dem das Wohl seiner Kranken über alles ging, war ihm im Dienste jede kleinliche Bevormundung fremd. Jeder Anregung, die ihm einleuchtete, zugänglich, lehnte er Neuerungen nicht ab, weil sie etwa den bisherigen Traditionen von Alt-Scherbitz widersprächen. In seiner Anstalt gab es keine Stagnation. Bewundernswert war die weitgehende Freiheit, die er denjenigen seiner Ärzte ließ, auf die er sich verlassen zu können glaubte. Die Anstaltsverwaltung war sein Element, diese beherrschte er in allen Einzelheiten. Und wenn er auch bis zuletzt lebhaftestes Interesse bewies für alle allgemein-medizinischen und psychiatrischen Fragen, so ließ er im Dienste seine Oberärzte selbständige Chefärzte sein, ohne sie unnötig zu gängeln und zu kontrollieren. In Alt-Scherbitz gab es auch keine Geheimniskrämerei. An der Fülle der ärztlichen, Verwaltungs- und Baufragen, die an ihn herantraten, ließ er uns rezeptiv und produktiv teilnehmen, und so erzog er sich nicht ärztliche Handlanger, sondern selbstständige, verantwortungsfrohe Schüler und Jünger, und man spricht mit Recht von einer Alt-Scherbitzer Schule, die eine *Paetz*sche Schule ist.

Für die Wünsche und Nöte seiner Ärzte und Beamten hatte er nicht nur Worte; er bewies sein Interesse durch tatkräftige Hilfe und Förderung.

So hat er auch keinen Feind hinterlassen, aber es sind viele, die an seiner Bahre trauern.



Das Idyll der kolonialen Irrenanstalt, wie es *Paetz* in Alt-Scherbitz verkörpert hatte, war schon in den Nachbildungen zum Teil verwässert und entstellt. Die technischen Fortschritte des Anstaltbaues, die Mechanisierung und Materialisierung alles Wirkens hatten schon um die Jahrhundertwende das Anstaltswesen andere Wege geführt.

Aber *Paetz* ist das seltene Glück beschieden gewesen, sein Lebenswerk auszuführen, wie es ihm vorgeschwebt hatte, und seine Anschauung zu durchschlagendem Sieg zu führen. Sein Werk ist getan, es gehört der Geschichte an. Er hat ein reiches Leben gelebt, reich an Erfolgen und an äußeren Ehren; vor allem aber: reich an Arbeit und innerer Befriedigung. Solange es eine deutsche Anstaltspsychiatrie gibt, wird sein Gedächtnis nicht erlöschen! *Groß*-Konstanz.

Zur Technik der künstlichen Ernährung Geisteskranker. Die Ernährung mit Zuhilfenahme eines federnden Mundöffners ist eine Übergangsmethode zwischen „Ausspeisen“ und Sondenernährung. Die Anwendung einer gewissen Gewalt und das Ausfließen der Speisen wirkt zwar anfangs abstoßend auf den Arzt, er kommt aber bald darauf, daß diese Methode in Fällen, in denen die „Ausspeisung“ nicht ausreicht, doch der Sondenfütterung vorzuziehen sei, weil die Sondenfütterung eine eingreifendere Zwangsfütterung ist, öfters selbst erst die vorherige Anwendung eines Mundöffners nötig macht und die Nachteile hat, daß die Speisen nicht den Mund passieren, und nur flüssige Nahrung gereicht werden kann. Außerdem überlegen sich bei der wesentlich längere Zeit in Anspruch nehmenden Fütterung mittelst Mundöffner manche Kranke die Sache und essen freiwillig weiter. Die Methode ist wie folgt: Unter Schultern und Kopf des Kranken werden einige Polster gelegt, zwei Pflegepersonen setzen sich ans Bett, halten die Arme des Kranken, eventuell ein Dritter die Beine. Der Arzt stellt sich ans Kopfende des Bettes, also hinter den Kranken, hält mit der linken Hand den federnden Mundöffner, und füttert löffelweise mit der Rechten. Bei Kranken, die die Speisen im Munde halten, um sie ausfließen zu lassen, kann man durch Zurücklegen des Kopfes und dadurch, daß die eine Pflegeperson gewissermaßen rhythmisch die Nase zuhält und die zweite durch Hinab- und Heraufrutschen mit zwei Fingern zu beiden Seiten des Kehlkopfes das Schlucken anregt, dieses geradezu erzwingen. Schön ist das Verfahren nicht, aber vorteilhaft und verhältnismäßig schonend für den Kranken. — Der Mundöffner System Ulrich (zu erhalten z. B. bei Thürriegel in Wien; auch System Odwayer verwendbar) ist für diesen Eingriff besonders geeignet, da er mit einer Hand (linken) bedient werden kann. Falls das fortwährende Aufspreizen des Mundes besonders bei längerdauernder Fütterung den Kranken sehr ermüdet, kann — ohne den Patienten durch Herausziehen des Mundöffners gewissermaßen aus der Gewalt zu verlieren — durch Abheben der gelochten Leiste mittelst des kleinen Fingers dem Federdruck nachgegeben, d. h. die Spannbreite des Öffners verringert werden; dies Nachlassen erleichtert auch das Schlucken. Gelegentlich gelingt es schon durch Nachlassen der Öffner-Spannung und Abdecken des halbgeöffneten Mundes mittels des Löffels das Hinunterschlucken der im Munde zurückgehaltenen Speise zu erreichen.

Dr. *E. Gundhart*-Hermannstadt (Siebenbürgen).



Anmerkung zu dem Aufsatz von Geh. Rat Dr. *Werner*: „Meine Erfahrungen in der Ostmark“ (Bd. 79, S. 154). — Wer H. Dir. *W.* kennt und nur etwas zwischen den Zeilen zu lesen versteht, wird sich nach seinem Aufsatz zwar unschwer ein Bild machen können, ich bin aber doch genötigt, noch einige Lichter aufzusetzen, um nicht selbst als Verräter am Deutschtum zu erscheinen, wenn auch nur aus „Kurzsichtigkeit“. Zunächst gehört ein unverbesserlicher Optimismus dazu, von einem Polen eine besondere Aufrichtigkeit des Charakters zu erwarten, da doch die ganze Existenzmöglichkeit der Polen unter deutscher Herrschaft darauf beruhte, daß sie ihr Nationalgefühl verbargen, und zwar durch Generationen hindurch. Jedem, dessen Blick nicht ganz an der Oberfläche haften blieb, mußte es klar sein, daß man in der Provinz Posen in durchaus polnischem Lande lebte. Der Pfarrer war nun einmal der allgemeine Vertrauensmann der Polen, und es ist erklärlich, daß Dr. *R.*, dem mehrfach angedeutet war, daß bei der Einschränkung der Beamtenzahl nach dem Kriege für ihn als jüngsten wohl kein Platz mehr in der Anstalt sein werde, die Annäherung des Pfarrers nicht zurückwies; vielleicht schmeichelte ihm auch wirklich die Vorstellung, als Retter der Anstalt aufzutreten in der Annahme, daß jeder andere bei der Versorgung der Anstalt mit Lebensmitteln weniger Schwierigkeiten haben werde als der nun einmal als Polenfeind geltende Direktor. Denn um die Versorgung der Kranken handelte es sich zunächst. Außer dem Direktor hatten den Krieg hindurch nur Dr. *R.* und ich mit der Anstalt und ihren wie überall hungernden und verhungernden Kranken zu tun, die anderen Ärzte waren eingezogen. Man muß bei der ganzen Angelegenheit die aufgeregte Zeit in Rechnung ziehen, in der das ganze Verhalten des H. Dir. *W.* bei seiner Reizbarkeit nicht geeignet war, beruhigend zu wirken; trotz allgemeiner Hochschätzung atmete doch die ganze Anstalt auf, wenn er sich einmal vorübergehend von der Leitung zurückzog, und ich selbst war lange dahin gekommen, den Verkehr auf das Notwendigste zu beschränken und alles zu vermeiden, was eine Explosion herbeiführen konnte. In dieser Zeit des allgemeinen Zusammenbruchs konnte ich kein Verständnis aufbringen für die Wichtigkeit der Frage, ob es wohl angängig sei, auch für H. GR. *W.* einen Beirat zu bestellen wie für so viele andere. Dr. *R.* hatte tatsächlich durch seine umfangreiche Praxis in und außerhalb der Anstalt sich das allgemeine Vertrauen bei Deutschen und Polen erworben, man sollte danach einmal die zahlreichen jetzt in Deutschland befindlichen verheirateten Pfleger aus Owinsk fragen; in der kritischen Zeit war er während einer heftigen Grippeepidemie Tag und Nacht unterwegs. Ich will sein damaliges Verhalten keineswegs als korrekt hinstellen, aber erst durch die schroffe und ablehnende Haltung des Direktors, der Dr. *R.* sofort als Schuft und Verräter hinstellte, hat der Kampf dann die gehässigen Formen angenommen. Alles übrige entwickelte sich folgerichtig. Die anderen Ärzte traten allmählich den Dienst wieder an, Dr. *R.* war in Acht und Bann getan, mir selbst ging es nicht viel besser, da ich mich nicht bedingunglos der Auffasung des Direktors anschloß. Die Polen versuchten auf alle Art, den Direktor loszuwerden, dieser wollte aus übertriebenem Pflichtgefühl seinen Posten nicht verlassen, machte aber anhaltend, schon zu Zeiten des deutschen Landeshauptmanns, An-



strengungen, die Versetzung des Dr. *R.* zu bewirken. Dr. *R.* dagegen dachte gar nicht daran, die angenehme und einträgliche Stellung aufzugeben, die er sich durch seine Praxis geschaffen hatte, und so ging das Trauerspiel weiter. Die übrigen Einzelheiten zu erörtern, würde zu weit führen. Ich selbst glaubte, dem Deutschtum mehr nützen zu können, wenn ich mich den Polen gegenüber nicht auf einen direkt feindlichen Standpunkt stellte. Außerdem sah ich damals noch keine Möglichkeit für mich, von Owinsk fortzukommen, sondern glaubte darauf angewiesen zu sein, dauernd unter Polen zu leben. Die Polen hatten nichts gegen mich, haben mir aber niemals die leisesten Versprechungen gemacht. Viel später kam dann erst das Unterbringungsgesetz und für mich damit die Möglichkeit, meine ohne vollkommene Beherrschung der polnischen Sprache unfruchtbare Tätigkeit aufzugeben. Dr. *R.* ist der Fürsorgeberechtigungsschein schon vor längerer Zeit entzogen worden.

Dr. *Winckler*, fr. Oberarzt, jetzt in Kolberg.

Hiermit ist dem Satz „audiatur et altera pars" genügt und der Bericht des Koll. *Werner*, wenn auch mit anderer Einstellung, bestätigt.

H. L.

Die von der Vereinigung der medizinischen Fachpresse herausgegebene „Einheitliche Zitierung der Titel medizinischer Zeitschriften und Werke", zugleich ein Verzeichnis der deutschen medizinischen Organe, ist jetzt in neuer Bearbeitung im Verlag von Lehmann in München erschienen (Grundpreis 0,50 M.). Sie enthält die allgemeinen Regeln, nach denen die Zitierung erfolgen soll, und anschließend das Verzeichnis der Zeitschriften mit den vorgeschlagenen Abkürzungen. Es wäre nun sehr erwünscht, daß diese Vorschläge auch angenommen und von allen Verfassern in ihren Arbeiten durchgeführt würden, damit die Verwirrung, die im deutschen Zitierwesen sehr zum Unterschied von der Literatur des Auslandes immer noch herrscht, beseitigt würde. Die „Einheitliche Zitierung" sollte daher auf keinem Schreibtisch eines wissenschaftlichen Arbeiters fehlen. (M. m. Z.)

An den Wiener Heilanstalten am Steinhof ist das Sanatorium Baumgartnerhöhe (für zahlende Pensionäre) aufgelassen und im Anschluß an die Heilanstalt Steinhof eine Trinkerheilstätte errichtet worden.

Die Heilanstalt Suttrop führt von jetzt ab wieder den Namen Provinzialheilanstalt Warstein, der 1917 hauptsächlich auf Drängen der Militärbehörden in „Suttrop, Post Warstein", umgeändert wurde, weil militärische Zustellungen betr. Heerespflichtige an das Amt Warstein gingen, während für die Anstalt das Amt Altenrüthen zuständig war.



Die frühere Privat-, seit Ostern 1919 Provinzial-Heilanstalt Schweizerhof in Berlin-Zehlendorf hat am 1. 10. 1922 zu bestehen aufgehört. Die Gebäude sind von der Provinz Brandenburg mit Zustimmung der früheren Besitzer der Gewerkschaft der Angestellten auf 27 Jahre verpachtet. Bei dieser Gelegenheit hat die Provinz Brandenburg 800 000 M. der Heinrich Laehr-Stiftung überwiesen, die nun ihre während des Krieges zum Ankauf von Kriegsanleihen gemachten Schulden bezahlen konnte, aber die Verpflichtung übernommen hat, für frühere Angestellte Schweizerhofs, deren Versorgung der Provinz nicht obliegt, und die durch die Geldentwertung in Not gekommen sind, so lange diese leben, jährlich 5 % Zinsen der erhaltenen Summe abzugeben. So wird die Heinrich Laehr-Stiftung vom nächsten Jahre ab wieder in der Lage sein, wenn auch zunächst nur mit verhältnismäßig kleinen Beträgen, Bestrebungen zur Förderung der Psychiatrie zu unterstützen. Anträge in dieser Sache sind an den Stiftungsvorstand zu Händen von Dr. *Hans Laehr* in Wernigerode, Mühlental 3, zu richten.

Die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie findet am 20. und 21. September in Jena statt[1]). Referate: 1. Beziehungen des Sympathicus und Vagus zur psychischen Konstitution (*Forster*-Berlin und *Müller*-Erlangen); 2. Veranlagung zu psychischer Erkrankung (*Kretschmer*-Tübingen und *Kehrer*-Breslau). Anmeldungen zu Vorträgen an Dr. *Hans Laehr*, Wernigerode, Mühlental 3, erbeten.

Personalnachrichten.

Dr. *Alfr. Dluhosch*, Geh. San.-R., Dir. der Prov.-A. Obrawalde, und
Dr. *Jos. Peretti*, Geh. San.-R. und Prof., Dir. der Prov.-Anstalt Grafenberg, sind in den Ruhestand getreten.

Dr. *Sigb. Ganser*, Geh. Med.-R., Dir. der 1. Abt. der städt. Heilanst. Dresden, feierte am 24. 1. 23 seinen 70. Geburtstag.

Dr. *Wilh. Alter*, Geh. Med.-R., Dir. der Landesanst. Lindenhaus, wurde zum Direktor der akademischen Krankenanstalten in Düsseldorf gewählt.

Dr. *Joh. Herting*, San.-R., Dir. der Prov.-Anst. Galkhausen, deren Betrieb als Irrenanstalt eingestellt wird, ist zum Dir. der Prov.-Anst. Grafenberg ernannt.

[1]) Den vorigen Versammlungsbericht den Vereinsmitgliedern zuzusenden, ist leider nicht möglich, da bei der ungeheuren Preissteigerung der Jahresbeitrag von 25 M. nicht einmal das Porto decken würde, geschweige denn die Kosten der Sonderabdrücke.



Dr. *Mayr* und
Dr. *Papst*, Anstaltsärzte in Eglfing,
Dr. *Schnittmann* und
Dr. *Weber*, Anstaltsärzte in Haar,
Dr. *Weinberger*, Anstaltsarzt in Gabersee, und
Dr. *Herm. Müller*, Anstaltsarzt in Klingenmünster, sind zu Oberärzten befördert worden.
Dr. *Walter Jacobi* hat sich in Jena als Privatdozent habilitiert.
Dr. *Kurt Goldstein* in Frankfurt a. M. ist zum ao. Professor ernannt worden.
Dr. *K. Schneider*, Priv.-Doz. in Köln, hat die Dienstbezeichnung ao. Prof.,
Dr. *Karl v. Rad* in Nürnberg den Titel Sanitätsrat erhalten.
Dr. *Theodor Kirchhoff*, früher Dir. der Prov.-Anst. Schleswig, ist am 28. 10. im 70. Lebensjahre in Schleswig,
Dr. *Heinrich Obersteiner*, Prof. u. Hofrat in Wien, Begründer des dortigen neurolog. Instituts, Ehrenmitglied des Deutschen Vereins f. Psychiatrie, nach langem schweren Leiden am 19. 11.,
Dr. *Albrecht Paetz*, Geh. San.-R., Dir. der Landesanst. Alt-Scherbitz, am 25. 12. im fast vollendeten 72. Lebensjahre,
Dr. *Konrad Alt*, Geh. Med.-R., Prof., früher Dir. der Landesanst. Uchtspringe, zuletzt Vorsitzender der Ärztekammer der Prov. Sachsen in Magdeburg, ist am 28. 12. und
Dr. *Heinrich Bickel*, Priv.-Doz. in Halle, 38 J. alt, am 16. 2. gestorben.
Dr. *Otto Dornblüth*, San.-R., Nervenarzt in Wiesbaden, ist gestorben.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BLEULER ZÜRICH — **BONHOEFFER** BERLIN — **FISCHER** WIESLOCH — **KLEIST** FRANKFURT A. M. — **MERCKLIN** TREPTOW A. R.

PERETTI GRAFENBERG — **STRANSKY** WIEN

DURCH

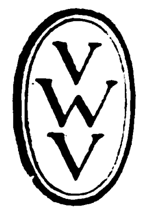
HANS LAEHR

WERNIGERODE-NÖSCHENRODE A. H., MÜHLENTAL 3

NEUNUNDSIEBZIGSTER BAND

FÜNFTES UND SECHSTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 5. SEPTEMBER 1923



BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.

1923

Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

5./6. Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

(Fortsetzung a. S. 3 des Umschlags)

Über die Bedeutung des psychischen Traumas für die Entstehung und den Verlauf der Schizophrenie[1]).

Von

Dr. **Walter Jacobi,** Jena.

Die Frage, inwieweit die Schizophrenie durch psychische Insulte beeinflußt, im besonderen verursacht oder ausgelöst wird, ist während und nach dem Kriege aus naheliegenden Gründen lebhafter als zuvor erörtert worden.

Bonhoeffer (Hb. d. ärztl. Erfahr. im Weltkriege 1914/18, herausg. v. *Schjerning*; Bd. IV: Geistes- u. Nervenkrankh., herausg. v. *Bonhoeffer*) kommt bei kritischer Sichtung der dieses Thema behandelnden Arbeiten und auf Grund eigener Beobachtungen zu dem Ergebnis, daß ein irgendwie beweisendes Material für einen bemerkbaren Einfluß der Kriegsschädigungen auf die Verursachung der Schizophrenie nicht gewonnen wurde. Die Mehrzahl der im Kriege zur Beobachtung gekommenen Kranken sei schon bei der Einstellung krank gewesen, und bei den nachweislich im Kriege Erkrankten sei es schwer, zu entscheiden, ob der Zusammenhang zwischen den im Kriege naturgemäß häufigeren äußeren Schädigungen und Ausbruch des Leidens ein zufälliger oder kausaler gewesen sei. Man müsse berücksichtigen, daß sich bei der Schizophrenie die Krankheit gar nicht so selten aus der abnormen Persönlichkeit herausentwickle, und daß es dann unter Umständen sehr schwer, oft sogar kaum möglich sei, den Zeitpunkt des Krankheitsbeginnes festzusetzen. In manchen scheinbar durch Kriegseinflüsse ausgelösten Fällen handele es sich nur um eine abwegige schizophrene Einstellung auf die neue Umgebung, in anderen wieder um eine vorübergehende Verschiebung des konstitutionell bedingten Verlaufscharakters durch äußere Momente. Daß eine exogene Beeinflussung des schizophrenen Prozesses möglich sei, müsse wohl zugegeben werden, doch sei das eine Beobachtung, die schon vor dem Kriege von der Mehrzahl der Kliniker anerkannt worden sei. *Bonhoeffer* stimmt also im wesentlichen dem bei der Kriegstagung der Psychiater in München im September 1916 aufgestellten Leitsatz bei, daß körperliche und gemüt-

[1]) Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik Jena (Direktor: Prof. Dr. *Hans Berger*).



liche Erschütterungen keinen wesentlichen Einfluß auf die Entstehung eigentlicher Geisteskrankheiten, also auch der Schizophrenie, ausüben.

Die Frage, ob schizophrene Zustände durch Kriegsereignisse ausgelöst werden können, wird m. E. nicht generell, sondern von Fall zu Fall entschieden werden müssen.

Anton (Neur. Ztrlbl. 36, 1917; Z. f. d. g. N. u. Ps., Ref. 14, H. 1), der oft bei Katatonikern in der Kriegszeit akute Verschlimmerungen und Besserungen sah, vertritt den Standpunkt, daß körperliche und seelische Einflüße auf den Gang der Krankheit verschlimmernd einwirken können. Ebenso erkennt *Krause* diese exogenen Momente bei bestehender Krankheitsanlage als auslösend an, und *Lienau* glaubt ihnen sogar in einigen Fällen ursächliche Bedeutung zuschreiben zu können, was allerdings von *Trömner* bestritten wird (*Krause*, 16. Jvers. d. V. Norddeutscher Ps. und Neur. am 27. 7. 1918; *Lienau-Trömner*, ärztl. V. in Hamburg 29. 5. 1914).

Schneider weist darauf hin, daß er Fällen begegnet sei, bei denen man von einer Auslösung, wenn man wolle, auch von einer Verursachung schizophrener Prozesse durch affektive Fronterlebnisse sprechen müsse (Z. f. d. g. N. u. Ps., Orig. 43, 1918). *Birnbaum* (Z. f. d. g. N. u. Ps., Ref. 12, 1), *Friedländer* (Z. f. d. g. N. u. Ps. 48, 1919, S. 301), *Jörger* (Korrespbl. f. Schweiz. Ärzte 44, 1914), *Stiefler* (Jb. f. Ps. 37, 38, 1917), *Wagner* (Z. f. d. g. N. u. Ps. 37, 219) und *Weygandt* (Jahresk. f. ärztl. Fortb., Maiheft 1915, 1916, 1917; N. Ztrlbl. 1916, Nr. 6; Geisteskr. im Kriege u. Kriegsbeschädigungen d. Nervensystems, Wiesbaden 1917) glauben die Auslösung des Leidens sowie etwaige Verschlimmerung desselben durch den Krieg nicht in Abrede stellen zu dürfen und sehen gerade durch den Krieg als bewiesen an, daß eine latent bestehende schizophrene Veranlagung im Anschluß an starke Affekte und Gemütserschütterungen in Erscheinung treten kann. Besonders nachdrücklich betont auch *Fauser*, der die Frage der Dienstbeschädigung bei Schizophrenie mit schweren Fronterlebnissen bejaht, den starken Einfluß körperlicher und psychischer Einwirkungen auf die Schizophreniegruppe (A. f. Ps. 59, H. 1, 1918).

Dabei bleibe dahingestellt, ob es sich in den zur Diskussion stehenden Fällen nur um eine Verschlimmerung einer bis zum Ausbruch der Erkrankung latent gebliebenen Schizophrenie gehandelt haben mag.

Im Gegensatz zu dieser Anschauung schätzen *Bonhoeffer* (Mschr. f. Ps. u. N. 38, H. 1/2, 1915; 42, H. 1; N. Ztrlbl. Nr. 24), *E. Meyer* (D. m. W. 1914, Nr. 51; A. f. Ps. 55, H. 2, 1915; 57, H. 1, 1916; B. kl. W. 1915, Nr. 4, 1917, Nr. 3), *M. Reichardt* (Ztrlbl. 1919), *Schmidt* (Mschr. f. Ps. u. N. 40, H. 4, 1916), *Westphal-Hübner* (M. Kl. 1915, Nr. 14/15), *Hübner* (Ärztl Sachverst.-Ztg. 1916, Nr. 15), *Weyert* (Militärpsych. Erf. u. Beob., Marhold, Halle a. S.) u. a. die Bedeutung des Krieges für die Auslösung schizophrener Störungen recht gering ein und lassen in Übereinstimmung mit den vom wissenschaftlichen Senat der Kaiser-Wilhelm-Akademie aufgestellten Richtlinien exogene Einflüsse für die Erzeugung der Schizophrenie so gut wie gar nicht und die Einwirkungen des Krieges für Auslösung und Verschlimmerung des Leidens nur in Ausnahmefällen gelten.

Die Beobachtung *Kreusers*, der im Zusammenhang mit dem Kriege ein bemerkenswertes Anwachsen schizophrener Störungen sah, steht wohl



vereinzelt da (A. Z. f. Ps. 74, H. 1—3, 1918). Besonders hingewiesen werden mag noch auf die Beobachtung *Weygandts*, der in Übereinstimmung mit *Anton*, *Weyert* u. a. sah, daß bis zum Kriege latente und durch diesen manifest gewordene Schizophrenien einen günstigeren Verlauf der Krankheit als die Friedensfälle zeigten.

In der Vorkriegszeit wurde die Diskussion über unser Thema durch die von *Jung* und *Bleuler* verfaßte Arbeit: Komplexe und Krankheitsursache bei Dementia praecox (Ztrlbl. f. N. u. Ps. 19, 1908) lebhaft angeregt und in dem von *Jung* redigierten, von *Bleuler* und *Freud* herausgegebenen Jb. f. psychoanal. u. psychopathol. Forschungen in der Folgezeit lebhaft weitergesponnen. *Jung* vertritt sowohl in jener, als auch in einer zweiten, in demselben Jahre unter dem Titel: „Inhalt der Psychosen" erschienenen Arbeit die Ansicht, daß durch das psychische Trauma ein „Komplex" geschaffen werden kann und dieser dann, wenn er zu wirken beginnt, imstande ist — eine gewisse Disposition zur Erkrankung vorausgesetzt —, die Schizophrenie zu verursachen.

Bleuler dagegen erkennt die Komplexe nicht als Krankheitsursache, wohl aber als Quelle der Krankheitssymptome an. Daß die Krankheit durch diese wirklich hervorgebracht wird, ist ihm im höchsten Grade unwahrscheinlich. Daß aber nach dem manifesten Ausbruch derselben Verschlimmerungen und Besserungen von psychischen Einflüssen abhängig sind, daß psychische Erlebnisse die schon veränderte Psyche zu einer abnormen Reaktion veranlassen können, daß diese also schizophrene Symptome bewirken können, erkennt er voll an.

Die Möglichkeit einer schizophrenen Reaktion auf affektive Erlebnisse ist dann in allerneuster Zeit, angeregt durch die Bemühungen *Jaspers*, der verstehenden Psychologie mehr Geltung zu verschaffen, wieder eingehender gewürdigt worden. *Jaspers* (Z. f. d. g. N. u. Ps. 14, 1913) unterscheidet spontane, ausgelöste und reaktive Psychosen bzw. Schizophrenien. Unter den Begriff der reaktiven Psychosen fallen für ihn jene abnormen Seelenzustände, die, durch eine seelische Erschütterung als wesentliche Ursache bedingt, überzeugende verständliche Zusammenhänge zwischen Erlebnis und Psychoseninhalt zeigen und außerdem rückbildungsfähig sind. Diese Beziehung von Schicksal und Psychose wird nun nach *Jaspers* im Gegensatz zur Züricher Schule keineswegs bei allen Psychosen, daher auch keineswegs bei allen Fällen von Schizophrenie gefunden, sondern gilt nur für einen gewissen kleinen Umkreis derselben. Jedenfalls schält *Jaspers* eine Gruppe von Psychosen heraus, die im Gegensatz zu den rein prozeßmäßig Verlaufenden stehen. Diese schöpfen ihren Inhalt zwar auch irgendwie aus dem früheren Leben, doch ist ihr Erlebniswert ohne Bedeutung für die Entstehung der Erkrankung. Sie verlaufen nach eigenen Gesetzen, völlig unabhängig vom psychischen Anlaß. *Bornstein*, *v. d. Torren* und *Schneider* erkennen den Begriff der reaktiven Psychose zwar auch an, verknüpfen aber mit ihm nicht den der Rückbildungsfähigkeit, halten sich also mehr an den Begriff des „psychischen Prozesses", dem nach *Jaspers* außer den Merkmalen der Reaktion noch das der dauernden psychischen Veränderung zukommt.

So beschreibt *Bornstein* (Z. f. d. g. N. u. Ps. 1917, S. 86) zwei solche reaktive Psychosen in Form eines psychischen Prozesses, die im Anschluß



an ein erschütterndes Erlebnis, einmal Auflösung einer Verlobung, zum anderen Tod des Ehegatten und dreier Kinder in kürzester Zeit zum Ausbruch kam. Diese Psychosen stellen die Reaktion auf ein Erlebnis dar, stehen im unmittelbaren Zusammenhang mit diesem und entsprechen ihm inhaltlich. Es ist dauernde Spaltung und Umwandlung der Persönlichkeit vorhanden. Da aber von den „primären Symptomen" *Bleulers* die Assoziationsstörungen und die Gemütsstumpfheit fehlen, von den sekundären die Halluzinationen, und da die Intelligenz nicht gestört ist, glaubt *Bornstein* seine Fälle nicht der reaktiven Form der Schizophrenie unterordnen zu können, sondern stellt einen neuen Krankheitsbegriff: „Schizothymia reactiva" auf, der sich mit dem psychogenen Pseudoheboidzustand *Birnbaums* nahe berührt.

Dieser Krankheitstypus kommt nach *Bornstein* dadurch zustande, daß sich ein einziger vorwiegend mit einem wirklichen Erlebnis verbundener Komplex von der gesamten Psychik abspaltet, dessen im Leben unerfüllt gebliebenes Verlangen in der Krankheit nach Verwirklichung drängt. Auch der Spaltungstypus der *Bleuler*schen Schizophrenie, die als Krankheitsbild anerkannt wird, ist nach *Bornsteins* Ansicht wahrscheinlich von zahlreichen abgespaltenen Komplexen abhängig und vermag ebenso wie das von ihm aufgestellte Krankheitsbild durch Reaktion gegen ein schweres wirkliches Erlebnis zu entstehen. *v. d. Torren* (Z. f. d. g. N. u. Ps., Orig. 39, 1918, S. 367) wies darauf hin, daß diese unter der Einwirkung eines starken Affekts bei unbekannter psychischer Anlage entstandenen chronischen unheilbaren Psychosen durch die Annahme verdrängter, nicht abreagierter Affekte keine Erklärung finden. Er beschrieb eine Schizophrenie, die sich im Anschluß an eine hoffnunglose, schwärmerische Liebe entwickelte, und die, durch neue seelische Erschütterungen angefacht, als Reaktion auf eine Summe von psychischen Traumen oder auf ein dauerndes Schicksal entstand. Hier lagen die Konflikte, deren Lösung unablässig angestrebt wurde, völlig bewußt vor.

Schneider (Z. f. d. g. N. u. Ps. 1919, S. 49 Orig.) faßt die Ergebnisse der Untersuchungen *Jaspers*, *Bornsteins* und *v. d. Torrens* zusammen und wendet die Koeffizientenlehre *H. E. Herings* auf seine ätiologischen Untersuchungen an: „Bei spontanen Psychosen kennen wir keinen Koeffizienten, bei ausgelösten kennen wir einen mehr oder minder wichtigen körperlichen oder seelischen Koeffizienten; bei reaktiven Psychosen ist dieser Koeffizient ein seelisches Erlebnis und der Inhalt dieser Psychose ist kein zufälliger, sondern verständlich mit dem Erlebnis verbunden. Daraus geht hervor, daß, kausal betrachtet, zwischen ausgelösten und reaktiven Psychosen kein Unterschied besteht und bei den reaktiven nur noch das Plus des verständlichen Zusammenhanges dazu kommt." Er beschreibt vier Fälle: Der erste zeigt, daß es oft schwierig, ja unmöglich ist, zu unterscheiden, ob ein Erlebnis, das den Inhalt der Symptome bildet, wirklich stattgefunden hat und als Koeffizient der Psychose aufzufassen ist, oder ob es schon ein wahnhaftes Erlebnis, schon ein Symptom der Psychose selbst ist. Der zweite Fall ist eine reaktive Schizophrenie im Anschluß an einen Todesfall bei einer Pat., die schon von je als „nervös" galt, und bei der schon ein Schub im Anschluß an eine Frühgeburt beobachtet worden war. Die beiden folgenden Fälle stellen, ohne daß eine



Beeinflussung durch somatische Dinge: Schwangerschaft, Grippe von der Hand zu weisen ist, in Form von unglücklicher Ehe, Zwistigkeit zwischen Frau und Mutter, Reaktionen auf ein dauerndes Schicksal dar.

Schneider macht bei diesen zum Teil also auch rein körperlich ausgelösten Psychosen die Beobachtung, daß viele verständliche Zusammenhänge mit dem Schicksal, den Erlebnissen vor der Psychose vorhanden sind, daß also die Komplexe aus gesunden Tagen in der Psychose nachwirken.

Die Bestrebungen dieser Autoren gehen also dahin, die Möglichkeit reaktiver Psychosen auf schizophrener Grundlage zu demonstrieren. Sie fühlen sich in der Lage durch Einfühlen in die Form des Erlebens der Kranken festzustellen, daß bei den von ihnen beschriebenen Kranken eine dauerhafte Umwandlung in Form einer schizophrenen Spaltung stattgefunden hat, grenzen also diese Psychosen ab von den hysterisch-degenerativen Psychosen psychopathischen Charakters, die durch *Bonhoeffer*, *Birnbaum* u. a. besonders als akute Psychosen bei Verhafteten ihre Bearbeitung gefunden haben.

Popper (Z. f. d. g. N. u. Ps. 62, 1920) betont, daß es viele keineswegs schizophrene Persönlichkeiten gibt, die im Sinne einer ihnen spezifischen Reaktionsweise Zustände aufweisen, deren Symptomatologie von den Verlaufsbildern echter Schizophrenien oft kaum zu unterscheiden sind. *Kahn* erklärt diesen schizophrenen Reaktionstypus als bedingt durch die Erbanlage zu Schizoid und durch eine besondere Ansprechbarkeit, die ihrerseits durch verschiedene gleichfalls genotypisch fundierte Mechanismen gegeben ist.

Wir hatten uns an unserer Klinik [1]) die Aufgabe gestellt, an Hand der seit 1900 in unsere Klinik eingelieferten Fälle von Schizophrenie zu untersuchen, welche Rolle psychische Insulte für den Verlauf dieser Krankheit gespielt haben. Bei der Durchsicht der Krankengeschichten wurde das Augenmerk besonders auf die Äußerungen des Seelenlebens, auf Temperament und Charakteranomalien gerichtet, die vor der Einwirkung affektiver Erlebnisse bestanden. Da nur solche Fälle berücksichtigt wurden, bei denen im Laufe der Beobachtungszeit die Diagnose Schizophrenie gesichert wurde, erübrigt sich eine vollständige Wiedergabe der Krankengeschichten zum Zwecke der Sicherung der Diagnose. Es liegt in der Natur der Sache, daß zur Bearbeitung unserer Aufgabe nicht immer Psychogramme vorlagen, die die Eigenheiten und Reaktionsformen der erkrankten Persönlichkeiten voll berücksichtigten, weil die Abfassung der Krankengeschichten keineswegs im Hinblick auf diese Erörterungen gemacht und die verschiedensten keineswegs immer auf diese Frage eingestellten Ärzte an ihrer Abfassung beteiligt waren.

Trotzdem schlugen wir diesen Weg, der sich mit dem der Statistik berührt, ein, um einen Überblick darüber zu gewinnen, wie groß der Prozentsatz der Fälle bei unserem Material ist, der eine Beziehung zwischen affektivem Erlebnis und Schizophrenie zeigt. Rein theoretisch kann dieses

[1]) Vgl. die Inaug.-Dissertationen von *Erich Barthel*, *Kurt Sieler*, *Johannes Werner*, Jena 1922. Über die Bedeutung des psychischen Traumas für die Entstehung der Schizophrenie.



eine verursachende, auslösende, verschlimmernde oder eine bessernde Wirkung auf die Krankheit ausüben. Es wäre also festzustellen, ob man bei der Durchsicht der Krankengeschichten auf Persönlichkeiten stößt, bei denen keine Antezedentien, Prodrome oder psychische Anomalien vorlagen, die auf eine latente Schizophrenie hindeuteten, und bei denen nach einem affektbetonten Erlebnis in unmittelbarem Zusammenhang mit diesem die Psychose ausbrach. In diesen Fällen würde zu erwägen sein, ob die Schizophrenie durch das psychische Trauma verursacht sei.

Von einer Auslösung der Erkrankung bzw. ihrer Symptome würden wir dann zu sprechen haben, wenn bei dem kranken Individuum schon Charaktereigenarten vor Ausbruch der Erkrankung beobachtet wurden, die darauf schließen ließen, daß der Krankheitsprozeß allerdings ohne typische Krankheitssymptome zu machen, schon damals im Ablauf begriffen war, und wenn nach dem psychischen Insult Symptome hervortraten. Das psychische Trauma hätte dann in diesen Fällen nur den letzten Anstoß zum Ausbruch der Erkrankung gegeben. Natürlich wird es bei der Beurteilung des einzelnen Falles oft außerordentlich schwer sein, festzustellen, ob dem psychischen Insult eine auslösende oder nur verschlimmernde Wirkung zukommt, weil die Feststellung des Zeitpunktes der Erkrankung, die sich ja oft aus der kranken Persönlichkeit heraus entwickelt, der Beurteilung des Untersuchers häufig anheimgegeben ist. Die Frage, inwieweit psychische Einflüsse eine bessernde Wirkung auf den Krankheitsverlauf ausüben können, soll von uns unerörtert bleiben. *Bleuler*, *Oberhölzer* und *Bertschinger* (Z. f. d. g. N. u. Ps. 22) haben derartiger Fälle Erwähnung getan, und *Anton* hat in der Kriegszeit wieder die Möglichkeit dieses Vorkommens betont. Ebenso mag gleich von vornherein darauf hingewiesen werden, daß die Schizophrenien hysteriformen Gepräges, die schon *Kahlbaum* erwähnt, und auf die besonders *Bonhoeffer* und *Rittershaus* wieder die Aufmerksamkeit gelenkt haben, hier keine Berücksichtigung finden. Auch *Anton* hat auf Katatonien auf hysterischer Basis, die *Friedländer* lieber als psychogene Zustände bei schizophrener Veranlagung bezeichnet wissen möchte, hingewiesen (Z. f. d. g. N. u. Ps. 1919, Bd. 48, S. 301). Ebenso wie sich manisch-depressive und schizophrene Kreise schneiden können, bestehen zweifelsohne erbbiologisch wohl tiefer fundierte Beziehungen zwischen Schizophrenie und Hysterie. Hysteriforme Symptome leiten ja gar nicht so selten die Erkrankung ein und versetzen uns oft in große differentialdiagnostische Schwierigkeiten. Man kann sich dann des Eindrucks nicht erwehren, daß die beginnende schizophrene Erkrankung die bisher schlummernde Fähigkeit des Individuums, in bestimmter wohl präformierter, hysterischer Weise zu reagieren, geweckt hat. *Pilcz* ist diesen Fällen im Kriege häufiger als im Frieden begegnet, und *Bonhoeffer* würdigt die Psychologie dieser Kranken in seinem bereits erwähnten zusammenfassenden Referat.

Wir kennen diese Zustände, die klinisch erst als hysterische Psychosen vermerkt, mehr und mehr zur Schizophrenie hinübergleiten. Immer stumpfer und affektloser wird das Leben dieser Kranken, bisweilen flackert die hysterische Veranlagung, wohl durch endogene Schwankung veranlaßt, noch einmal auf, bis der Charakter des Leidens immer klarer zutage tritt.



Diese Fälle, die durch hysteriforme Antezedentia ausgezeichnet sind und die im schizophrenen Umkreis eine Sonderstellung einnehmen, sollen hier unberücksichtigt bleiben. Für die Auslösung dieser Erkrankungen müssen psycho-traumatische Einwirkungen zweifelsohne unseres Erachtens sehr häufig in Rechnung gesetzt werden.

Die übrigen durch affektbetonte Erlebnisse beeinflußten Kranken gruppierten wir in nachweislich und latent Schizophrene, die auf psychische Insulte reagierten, und drittens in Pat. ohne psychische Absonderlichkeiten vor Ausbruch der Erkrankung. Die so zusammengefaßten Fälle schieden wir wieder in Belastete und in nicht Belastete und gruppierten diese abermals in solche, bei denen schizophrene Symptome durch ein mehr akutes Erlebnis oder durch ein mehr dauerndes Geschick mobilisiert waren. Es leuchtet ein, daß hier die Grenze häufig keine scharf umrissene, sondern öfters eine fließende ist.

Der Inhalt der Psychose wurde darauf betrachtet, ob er verständliche oder keine verständlichen Zusammenhänge mit dem Erlebnis trug, ob also auf Grund der uns zur Verfügung stehenden Psychogramme Krankheitsbilder festgestellt werden konnten, die sich mit den echten reaktiven Psychosen *Jaspers* deckten oder andere, bei denen der psychische Insult nur in einem lediglich kausalen Verhältnis zur Erkrankung stand.

Daß wahnhafte Erlebnisse der Kranken zuweilen für die Entstehung ihres Leidens von ihnen selbst oder von ihren Angehörigen verantwortlich gemacht werden, ist hinreichend bekannt und bedarf keiner Erörterung. Auch unser Material bot reichlich Fälle, die hierfür als Beweis herangezogen werden könnten.

Um einen Überblick darüber zu gewinnen, wie sich unsere Kranken im Sinne unserer Einteilung verhielten, sei auf folgende Übersicht verwiesen.

I. Nachweislich Schizophrene: 12, darunter 9 belastet, 3 nicht belastet.

II. Latent Schizophrene: 26, darunter 20 belastet, 6 nicht belastet.

III. Fälle ohne psychische Abnormitäten vor Ausbruch der Erkrankung: 5 sämtlich belastet.

Zusammenhang mit einem mehr akuten Erlebnis: bei den Belasteten in I 8, in II 17, in III 2 Fälle; bei den nicht Belasteten in I 3, in II 6 Fälle.

Zusammenhang mehr mit dem Geschick: bei den Belasteten in I 1 Fall, in II 3, in III 3 Fälle; bei den nicht Belasteten kein Fall.

Wenn man bedenkt, daß insgesamt 1188 (605 m., 583 w.) Fälle kritisch durchgesehen wurden, setzt die Kleinheit der Zahlen zunächst in Erstaunen. Sie weist erneut darauf hin, welch geringen Einfluß psychische Noxen, wie Affekte und Gemütserschütterungen, auf die Auslösung und Entstehung der Schizophrenie ausüben. Natürlich kann man einwenden, die wirklich schädigenden Komplexe, durch deren Fixierung die Krankheit zustande gekommen sei, seien von uns nicht aufgedeckt worden. Uns erscheint es aber fraglich, ob man mit derartigen hypothetischen Mutmaßungen Probleme zu lösen vermag. Wir werden durch die Ergebnisse unserer Untersuchungen vielmehr in der Meinung bestärkt, daß die große Prozeßpsychose der Schizophrenie ihren eigenen Gesetzen gehorcht, und daß psychischen Noxen kein wesentlicher Einfluß auf die Entstehung und nur in Ausnahmefällen ein solcher auf die Vertiefung schizophrener Krankheitsbilder zukommt. In dieser Ansicht wird man noch mehr gefestigt, wenn man bedenkt, daß die überwiegende Mehrzahl der Fälle, bei denen wir psychische Einflüsse als maßgebend für den Verlauf der Erkrankung anerkennen mußten, vor Einwirkung derselben entweder schon offensichtlich oder zum mindesten verborgen krank waren. 12 Kranke hatten bereits Schübe durchgemacht, und 26 zeigten jene Eigentümlichkeiten, die sich nach *Kraepelin* im Anschluß an leichtere Schübe entwickeln, Charakteranomalien, die *Bleuler* bei gut aufgenommenen Schizophrenieanamnesen fast nie vermissen will.

Wenn bei einer Schizophrenen im Anschluß an die böswillige Verlassung des Ehemanns eine Verschlimmerung des Zustandes, ein offensichtliches Aufflackern des alten Prozesses einsetzt, wenn bei einer anderen die Nachricht, daß ihr Bräutigam, der Vater ihrer zwei unehelichen Kinder, Hand an sich gelegt hat, ähnlich wirkt, werden wir zugeben, daß durch die psychischen Erlebnisse keineswegs die Krankheit, sondern lediglich Symptome derselben ausgelöst werden. In dieser Richtung bewegen sich die Ergebnisse unserer Untersuchung. Eine Kranke, die mehrere Schübe durchgemacht hat, wird nach dem Tode ihres zum Heeresdienst eingezogenen Mannes, der sich während des Urlaubs erschießt und erst nach Wochen im Walde aufgefunden wird, wieder aufgeregt und verwirrt. Eine Landwirtstochter, die bereits zwei Schübe hinter sich hat, erkrankt abermals, als der Vater ihres unehelichen Kindes das Weihnachtsgeschenk zurückschickt und es ihr dadurch zur Gewißheit wird, daß er sie nicht heiraten wird. Zwei weitere Schübe werden jedesmal durch die Rückkehr ihres früheren Verlobten in ihr Heimatdorf ausgelöst. Eine Frau, die vor drei Jahren während der Laktation erstmalig erkrankt ist, bricht erneut zusammen, als im Verlaufe einer Woche beide Eltern sterben und der Ehemann im Kriege fällt.

Eine weitere Kranke erleidet eine psychische Veränderung im Anschluß an den Brand ihres väterlichen Gutes, wird ängstlich erregt und springt auf den abgebrannten Mauern umher.



Ein Mechaniker, dessen ganzer Lebenslauf in seiner Unrast und Zerfahrenheit nur aus der Erkrankung zu verstehen ist, gerät nach der Vorstellung von Gorkis Nachtasyl, als seine Braut mit einem Studenten spricht, in Wut und verfällt in Wahnsinn.

Ein Buchhandlungsgehilfe bekommt nach dem Tode seines ihm sehr nahe stehenden Bruders einen Erregungszustand, der in die Erkrankung mündet.

Bei all diesen Schizophrenien, für deren Ausbruch wir den psychischen Insult als einen Krankheitskoeffizienten gelten lassen werden, handelt es sich um Kranke, die nach durchgemachten Schüben im Anschluß an das betreffende Erlebnis schizophren reagieren.

Bei anderen Patienten wieder müssen wir ihrem äußeren Geschick, das aus einer Summe unlustbetonter Erlebnisse besteht, Einfluß auf den Verlauf des Leidens zusprechen:

Die Tochter eines Rittergutsbesitzers, eines Sonderlings, wird nach dem frühzeitigen Tod ihrer Mutter von ihrem Vater und dessen lediger Schwester sehr streng und einseitig erzogen. Trotz großer Wohlhabenheit muß sie von früh bis abends wie eine Magd angestrengt in der Wirtschaft arbeiten Kein Vergnügen darf sie besuchen, keine neuen Kleider sich anschaffen, da sie die ihrer verstorbenen Mutter auftragen soll. Als in ihrem 22. Lebensjahr ein sehr gut situierter Gutsbesitzer um sie anhält, geben Vater und dessen Schwester die Heirat nicht zu. Dies nimmt sie sich derart zu Herzen, daß sie einen Selbstmordversuch macht. Als Grund gibt sie an, sie sei zu gut für diese Welt und werde von Weibern verfolgt. Nach kurzem Aufenthalt in einer Heilanstalt kehrt sie sogut wie geheilt nach Hause zurück. Ein Vierteljahr später kommen die Wahnideen, spontan, erneut zum Durchbruch. Sie schimpft den ganzen Tag und ist dermaßen erregt, daß sie erneut in einer Heilanstalt untergebracht werden muß. Nach einem halben Jahr wird sie völlig tiefsinnig, schwer halluzinierend, nach Hause entlassen. Hier erholt sie sich rasch und ist einige Jahre völlig unauffällig. Abermals bewirbt sich ein Gutsbesitzer um ihre Hand. Diesem schreibt jedoch der Vater, der lieber die Verlobung mit einem entfernten, der Tochter aber nicht genehmen Verwandten wünscht, zwei Tage vor der geplanten Verlobung ab. Die Folge ist, daß seine Tochter wieder in ihr altes Leiden verfällt. Sie spricht nicht mehr, verkriecht sich, irrt in Wald und Feld umher, hört nachts Stimmen, glaubt sich fortwährend verfolgt, ein Zustand, der schließlich zu völliger Verblödung führt.

Betrachten wir nunmehr das bei — wie wir meinen — latent Schizophrenen gewonnene Material. Immer handelt es sich hier um zumeist belastete Persönlichkeiten, die vor Einwirkung der psychischen Einflüsse eigenartig waren und im Anschluß an diese psychotisch wurden.

In den zunächst folgenden Fällen hat man den Eindruck, daß die Möglichkeit des betreffenden Konfliktes durch die schizophrene

Persönlichkeit gegeben ist, daß also die psychische Emotion eigentlich der Charakterologie der betreffenden Kranken zur Last zulegen ist.

Wir meinen, daß das Zerwürfnis in der kranken Persönlichkeit begründet liegt, daß es zu diesem mit all seinen Folgeerscheinungen gar nicht gekommen wäre, wenn der Kranke nicht eben diese bestimmte psychische Struktur, die abseits des Gewöhnlichen liegt, besessen hätte:

Ein Dienstmädchen gerät in Erregung, nachdem ihr Verlöbnis aus gegenseitigen Unstimmigkeiten heraus zur Lösung gekommen ist. Ein anderes junges Mädchen wird in sich gekehrt, nachdem ein Liebesverhältnis, das 2½ Jahre angehalten hat, mit einer Enttäuschung endet. Ein drittes schlägt einem jungen Mann, mit dem sie seit einigen Jahren Beziehungen unterhalten hat, die Ehe aus und wird seit dieser Zeit mit ihrer Arbeit nicht mehr fertig.

Eine Webersfrau, die öfters mit ihrem barschen, aber sonst guten Mann eheliche Szenen hat, wird im Anschluß an die letzte Veruneinigung im Wesen verändert.

Eine Landwirtstochter hat eine Liebschaft mit einem Schlosser und ist nach dem Bruch mit diesem nicht zu bewegen, das Haus zu verlassen.

Eine psychisch sehr labile Frau mit unsteter Lebensführung, häufigem Stellungs- und Liebhaberwechsel, ist in einen Modellangestellten verliebt. Im Anschluß an eine aufregende Szene, in der dieser sie zu erstechen droht, stellt sich schlechter Schlaf, innere Unruhe, Angst und Arbeitsunlust ein.

Eine andere Kranke wird psychotisch, als sie nach dem Tode ihres unehelichen Kindes von ihrem Liebhaber verlassen wird.

Ein von jeher merkwürdiger Fabrikarbeiter bekommt seinen ersten Schub im Anschluß an einen Streit mit der Mutter, die ihn tadelt, weil seine Leistungen auf der Arbeitsstelle nicht genügen. Das zweite Mal flackert die Krankheit wieder auf, als er wieder von der Mutter Vorwürfe darüber erhält, daß er nicht zur Arbeit geht.

Ein stets zerrissener, unsteter Kaufmann, der ursprünglich Theologe war, bekommt von seinem Chef die Mitteilung, er solle sich nach einer anderen Stellung umsehen, da es mit seinen Leistungen nicht mehr gehe. Er nimmt sich die Kündigung sehr zu Herzen, meint, es würde überhaupt nichts mehr aus ihm, und faßt den Entschluß, sich das Leben zu nehmen.

Ein körperlich schwacher, leicht erregbarer, fleißiger, solider Schlosser, der nie vollbringen kann, was er sich vornimmt, der in seiner Lebensfreude durch trübe und gedrückte Stimmungen stark behindert ist, erkrankt im Anschluß an einen Streit mit einem Vorgesetzten, der ihn tadelt, weil er einen erhaltenen Auftrag falsch auslegt.

Ein Ingenieur, auffällig gut begabt, viel allein, menschenscheu, hat in einer Familie viel verkehrt und die Tochter sehr verehrt. Als ein „diplomatischer Antrag eingefädelt wird“, erhält er einen Korb, versagt bei der Arbeit und wird krank.



Mehr elementar stoßhaft als äußerer Insult wirkt das psychische Erlebnis in Fällen wie die folgenden:

Eine von jeher ängstliche, nervöse, schreckhafte Arbeiterin hat seit 1½ Jahren ein Verhältnis. In einem an den Vorstand des Gesangvereins, dessen Mitglied sie ist, gerichteten anonymen Brief wird sie als tief gesunken hingestellt. Der Vorsitzende macht darauf der Pat. Vorwürfe und ihren Eltern Mitteilung. Sie glaubt ein großes Verbrechen begangen zu haben, gerät in große Aufregung, ißt nicht mehr und äußert Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen.

Eine Glasbläsersfrau wird durch den Tod ihres Kindes sehr bewegt, schläft nicht mehr, wird still und wird schließlich in einer finsteren Ecke des Kellers ganz zusammengekauert angetroffen.

Eine 26 jährige Frau nimmt sich den Tod des Mannes, mit dem sie 6 Jahre verkehrt hat, und von dem sie ein Kind hat, sehr zu Herzen und fängt an wirr zu reden.

Die Tochter eines Porzellanbildners wohnt der sehr schweren Entbindung ihrer Schwester bei, regt sich darüber maßlos auf und wird von den Angehörigen, um sie zu zerstreuen, auf einen Ball geschickt. Dort macht sie sich an einen ihr völlig unbekannten Herrn heran und fordert den Vater auf, Wein zur bevorstehenden Verlobung zu beschaffen.

Ein Dienstmädchen wird in der Pubertätszeit im unmittelbaren Anschluß an den Tod der Mutter im Wesen verändert.

Die Zahl dieser wahllos herausgegriffenen Fälle könnte noch weiter vermehrt werden. Bei allen kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß die Reaktion auf Grund der schizophrenen Veranlagung erfolgt und die schon latent kranke Psyche zu unerwarteten Ausschlägen veranlaßt.

In dieser Annahme wird man durch weitere Fälle, bei denen sich der psychische Insult mehr aus einer Reihe von schädigenden Einzelfaktoren zusammensetzt, bestärkt:

Eine junge Dame regt sich sehr darüber auf, daß ihr Mann ins Feld zieht. Dadurch, daß die Mutter zu ihr zieht, kommt Unruhe ins häusliche Leben. Sie bildet sich ein, der Krieg müsse zu Ende sein und der Mann zurückkehren. Als sie dem Ehemann geflickte Wollwäsche ins Feld schickt und er ihr deshalb brieflich Vorhaltungen macht, regt sie sich unverhältnismäßig stark darüber auf, glaubt, durch die Wand ihres Schlafzimmers sei Gedankenübertragung möglich, hört Klopfen und meint den Schritt ihres Mannes zu hören.

Eine Frau wird nach der Einberufung des Mannes zum Heeresdienst reizbar und unruhig. Durch die schroffe Behandlung ihres Schwagers und ihrer Schwiegermutter, die beide in der Wirtschaft helfen, steigert sich die Reizbarkeit und Empfindlichkeit der Kranken immer mehr. Als die Angehörigen sich weigern, sie bei sich aufzunehmen, droht sie mit Selbstmord und wird psychotisch.

Ein still zurückgezogen lebendes, sehr begabtes junges Mädchen verlobt sich mit einem körperlich wenig ansehnlichen, aber sonst tüchtigen



älteren Mann, löst nach 8 Wochen das Verhältnis, da sie sich an dem unvorteilhaften Äußeren ihres Verlobten stößt. Fortgesetzt beschäftigt sie seitdem die Frage, ob sie richtig gehandelt hat, Zweifel plagen sie, sie wird verschlossener, grübelt viel vor sich hin, macht sich Vorwürfe, wird von Tag zu Tag sonderbarer, bis der Ausbruch der Psychose ihr Verhalten erklärt.

Ob die schizophrenen Schübe auch ohne diese Insulte in Erscheinung getreten wären, kann natürlich nicht entschieden werden, erscheint aber wahrscheinlich, wenn man bedenkt, daß ähnlich veranlagte Menschen analoge Schicksalsschläge ohne derartig schwerwiegende Folgeerscheinungen überstehen. Dies anzunehmen halten wir uns auf Grund unserer Beobachtungen für berechtigt. Oft mutet es an, als ob die psychische Erschütterung nur den letzten durchaus entbehrlichen Anlaß zur Erkrankung darstellt. Fast stets scheint es, als reagiere auf das Erlebnis schon eine kranke Persönlichkeit.

Daß diese Reaktion in ihrer erstaunlichen Auswirkung dann wieder ungünstig auf den schon laufenden Prozeß einwirkt, mag zugegeben werden.

Zuweilen aber erscheint die als Insult angesprochene Erschütterung dermaßen unbedeutend, daß wir es uns kaum vorstellen können, daß sie auch nur als **Anlaß** für eine derartig eingreifende Psychose wie die Schizophrenie in Frage kommen soll. Man kann sich dann kaum mit dem Gedanken vertraut machen, daß so tiefgreifende Prozesse, wie die schizophrenen, von so geringfügigen psychischen Alterationen tangiert werden können. Bei konsequenter Gedankenrichtung müssen wir allerdings zugeben, daß der Anlaß zum Ausbruch der Psychose desto geringfügiger sein kann, je näher die Erkrankung vor ihrem Ausbruch steht:

Eine Eisenbahnschaffnersfrau hat bereits einen Schub durchgemacht. Als ihre Tochter von Hunden angefallen wird und hart zugerichtet nach Hause kommt, regt sich die Frau, an der vorher keine krankhaften Erscheinungen beobachtet wurden, dermaßen auf, daß sofortige Anstaltsbehandlung nötig wird. Sie schimpft, spricht von den bösen Hunden. Stets kehrt in ihren Äußerungen das Erlebnis der Tochter wieder. Nach sechsmonatigem Klinikaufenthalt wird sie nach Hause entlassen, fühlt sich wohl, übersteht sogar ein Wochenbett ohne Schwierigkeiten, bis im Anschluß an einen Streit mit dem Hauswirt, der sie mit dem Knüppel bedroht, wieder eine plötzliche Veränderung einsetzt. Ohne Schlaf zu finden, spricht sie fortgesetzt wirr durcheinander, sagt Bibelsprüche her und schimpft viel über den Hauswirt. Nach kurzem Klinikaufenthalt tritt Besserung ein.

Eine Schuhmachersfrau, die sich über alles leicht aufregt, aus geringfügigen Anlässen heraus weint, sehr empfindlich und weich von Gemüt,



besucht ihre Schwester, die sie krank antrifft. Darüber regt sie sich dermaßen auf, daß sie ganz aufgelöst nach Hause kommt. Sie macht sich übertriebene Vorstellungen über die Schwere der Erkrankung, äußert, sie müsse die Kranke retten, liest viel in naturheilkundigen Büchern, meint nach Gesundung der Schwester, sie sei eine Ärztin, könne behandeln, fängt schließlich an die Wirtschaft zu vernachlässigen und die Kundschaft fortzuschicken.

Ein von jeher schwächlicher, in der Entwicklung zurückgebliebener, scheuer, in sich gekehrter Junge versagt auf dem Gymnasium. Der Vater hält die Unfähigkeit des Kindes für Faulheit und sucht durch Prügelstrafe den Fleiß des Jungen zu beleben. Anschließend an eine derartige erzieherische Maßnahme stellt sich ein Aufregungszustand ein, der zur Einlieferung in eine Heilanstalt führt.

Ein Handlungsgehilfe, von jeher widerstrebend, eigensinnig, immer für sich, ohne Freude an Geselligkeit, mit ausgesprochen musikalischer Begabung, reagiert im Verlauf mehrerer Jahre wiederholt auf maßvolle Vorhaltungen im Geschäft und geringfügigen Streit mit seinen Mitarbeitern mit ganz kurz befristeten psychotischen Ausbrüchen.

Gerade bei diesem letzten Beispiel liegt nur allzu deutlich auf der Hand, daß es sich bei dem Kranken nur um Auslösung schizophrener Symptome durch unangenehme Erlebnisse handelt. Prinzipiell werden wir aber zwischen diesen und schweren Schüben nur quantitative, keine qualitativen Unterschiede anerkennen. Wir werden es als prinzipiell gleich ansehen, ob Kranke auf schizophrener Grundlage auf unlustvolle Erlebnisse vorübergehend reagieren, oder ob der psychische Anstoß sich lawinenartig auswirkt und schließlich zu regelrechten Demenzprozessen führt. Nie können wir unseres Erachtens aber auch in diesen Fällen von einer Verursachung der Krankheit durch psychische Einflüsse reden. Im seelischen Erlebnis werden wir höchstens den Nebenkoeffizienten sehen, der den Anlaß zur Psychose gab. Der Hauptkoeffizient liegt in der erbkonstitutionell begründeten somatischen Veranlagung des Individuums, die sich nach eigenen Gesetzen erfüllt. Daß dem wirklich so ist, dafür spricht, daß die überwiegend große Mehrzahl der Schizophrenien sich rein schicksalgemäß, unabhängig von psychischen Dingen, erfüllt.

Eine Reihe der von uns beobachteten Kranken zeigt ein enges Verwachsensein der langsam unbemerkt reifenden Psychose mit dem äußeren Geschick jener, mit der Summe der durch dieses bedingten, fortgesetzt einwirkenden seelischen Erschütterungen, die nicht ohne Einfluß auf den Lauf der Krankheit bleiben:

Ein junges Mädchen, in deren Verwandtschaft sich eine Reihe von schizoiden und ausgesprochen schizophrenen Persönlichkeiten findet, macht die Bekanntschaft eines jungen Herrn, der sich um sie bewirbt. Als sie merkt, daß sie es mit keinem aufrichtigen Menschen zu tun hat,



gerät sie in Zweifel und Konflikte, kommt bei schlechter Ernährung und angestrengter Arbeit mehr und mehr herunter, verlobt sich schließlich doch, ist aber nicht glücklich. Sie will die Verlobung auflösen, kann sich aber nicht dazu entschließen. Nach Aufhebung der Verlobung durch ihre Angehörigen macht sie sich Vorwürfe und äußert Selbstmordideen. Depressive Vorstellungen bilden den Beginn der Schizophrenie.

Ein Handarbeiter, von jeher gebrechlich, harmlos, still für sich, eigensinnig, nervös reizbar, ist bei Bezug einer geringen Rente auf Arbeit angewiesen, die ihm bei seiner körperlichen Schwäche wenig einbringt und bei seiner psychischen Veranlagung geringe Freude macht. Sein größter Wunsch ist die wirtschaftliche Selbständigkeit, die er durch Kauf eines Ackers zu erlangen sucht. Er kauft den Acker, ohne ihn bezahlen zu können, und bemüht sich, wenigstens die Hypothek zu verzinsen, was ihm bei seinen ärmlichen Verhältnissen nicht leicht wird. Als die Hypothek ausgezahlt werden soll, stellt sich ein kurzer Erregungszustand ein, der bald wieder abklingt und keine Steigerung der schon vorher beobachteten Symptome hinterläßt. Er kämpft weiter um seine Existenz, bis gänzliche Erwerbsunfähigkeit einsetzt. Durch die Sorge um seinen Lebensunterhalt zermürbt er mehr und mehr. Als ihm die Hypothek gekündigt wird und er seine letzte Einnahmequelle verloren sieht, gerät er erneut in einen Erregungszustand, tobt, schimpft, wird gewalttätig, abstiniert und zeigt schließlich ausgesprochen katatone Symptome.

Ein Landwirtschaftsgehilfe hat sich Pfingsten verlobt und im August diese Verlobung wieder aufgelöst, da ihm das Benehmen der Braut und deren Eltern nicht zusagt. Als er erfährt, daß das Mädchen, mit dem er geschlechtlichen Verkehr gehabt hat, von ihm schwanger ist, will er dies zunächst nicht glauben. Zu Weihnachten kommt seine frühere Braut nieder. Er läßt sich das viel durch den Kopf gehen. Seitdem ist er insofern verändert, als häufiger Stimmungswechsel auftritt. Während er früher stets ruhig, gleichmütig war, ist er jetzt bald aufbrausend, bald gleichgültig stumpf. Er schläft schlecht und macht sich viel Gedanken. Als er eine Ladung vor Gericht erhält, das Kind als das Seine anzuerkennen, spricht er wirres Zeug, wird ängstlich, betet viel, glaubt von seinen Brüdern vergiftet zu werden, meint, seine Angehörigen wollen ihm ein Leid zufügen, und wird ausgesprochen psychotisch.

Bei all diesen Kranken wirkt eine Reihe seelischer Erschütterungen, die das Schicksal derselben mit zu gestalten helfen, auf diese ein und bleiben nicht ohne Einfluß auf den Lauf des schizophrenen Prozesses.

Aber auch hier hat man den Eindruck, daß psychische Erlebnisse diesen nur beeinflussen, lediglich greifbarere Symptome hervorrufen, zum Manifestwerden derselben beitragen, höchstens ein Aufflackern des pathologischen Prozesses bewirken.

Wie steht es nun mit den Fällen, die in der Vorgeschichte keinerlei eigentümliche Züge verraten, die völlig unauffällig in nervöser und psychischer Beziehung sind, und bei denen die Krankheit im Anschluß



an ein unlustbetontes Erlebnis in Erscheinung tritt? Ihre Anzahl ist zunächst sehr klein. Nur 5 Fälle konnten ausfindig gemacht werden, die sämtlich belastet sind. Bei zwei Kranken fällt der Ausbruch der Erkrankung mit einem einmalig einwirkenden affektbetonten Erlebnis zusammen, bei drei Patienten scheint die Erkrankung mehr mit dem dauernden Geschick derselben verwoben zu sein. Natürlich scheiden für unsere Betrachtung alle diejenigen Kranken aus, bei denen auf Grund der Krankengeschichte über ihre Entwicklung wenig bekannt ist:

Die 18 jährige Tochter eines Gendarmeriewachtmeisters, deren Mutter während des Puerperiums psychotisch war, und deren Schwester auch Anstaltsbehandlung durchgemacht hat, lernt zunächst gut in der Schule, kann diese aber wegen Schwerhörigkeit im Anschluß an beiderseitige Mittelohrentzündung nach Scharlach nicht mehr besuchen. Sie ist lebhaft und liebenswürdig von Natur. Als sie auf einem Vergnügen gerade tanzt, wird im ganzen Saal gelacht, weil man ihrem Tänzer einen Hasenschwanz angehängt hat. Sie bezieht das Lachen auf sich, ärgert sich sehr darüber und verläßt den Saal. Daheim verschweigt sie zunächst das Erlebnis. Am Nachmittag des nächsten Tages bittet sie ihre Mutter sich zu erkundigen, weshalb gestern über sie gelacht worden sei, legt sich zu Bett, verweigert die Nahrungsaufnahme und wird kataton.

Die Frau eines Brauereimeisters — die Schwester des Großvaters mütterlicherseits starb in einer Nervenklinik — ist in ihrem Leben nie ernstlich krank gewesen. Stets war sie bescheiden, hat in der Schule gut gelernt und dem Haushalt gewissenhaft und peinlich vorgestanden. Infolge der längeren Stellunglosigkeit ihres Mannes hat sie viel häusliche Sorgen. Sehr angegriffen fährt sie zu ihrer Erholung zu den Eltern. Eines Nachts weckt sie ihre Mutter mit der Mitteilung, sie habe alles verkehrt gemacht, äußert, der frühere Chef ihres Mannes habe ihr die Wirtschaft nehmen wollen, sie müsse beim Gericht Strafe zahlen, den Strafzettel habe sie schon gesehen usw.

Wir können uns keineswegs bequemen, anzunehmen, daß dem affektiven Koeffizienten in beiden Fällen eine größere Bedeutung für den Ausbruch der Psychose zukommt. Trotzdem beide Patienten vor Ausbruch der Psychose nichts abnormes boten, werden wir die Vermutung, daß es sich bei ihnen um latent Schizophrene gehandelt hat, nicht von der Hand weisen. Daß die psychische Erschütterung den letzten, unseres Erachtens aber durchaus entbehrlichen Anlaß zur Erkrankung dargestellt hat, mag zugegeben werden.

Ähnlich liegen die Verhältnisse bei den Kranken, bei denen die Erkrankung mit dem Schicksal derselben verquickt ist:

Eine 21 jährige Gastwirtstochter, deren Großmutter im Präsenium psychisch verändert war, war ein sehr zartes, religiöses Kind, lernte äußerst leicht, war tüchtig in Haus- und Feldwirtschaft, lustig und gesellig und



verbrachte eine sorglose Kindheit. Pat. pflegte den Vater während seines dreiwöchigen, die Mutter während ihres sechsmonatigen Krankenlagers unter großer Aufopferung. Bereits durch den Tod des Vaters war sie so mitgenommen, daß sie einige Tage fast gar nicht sprach. Als Lieblingskind der Mutter war sie sehr um deren Wohl besorgt, Tag und Nacht am Krankenbett tätig und schlief kaum. Als die Mutter zur Operation ins Krankenhaus verbracht wurde, brach sie zusammen, weinte fortwährend und bekümmerte sich nicht mehr um die Arbeit. Am Todestage war sie in ihrem Wesen verändert, starrte vor sich hin, weinte aber nicht. Die Nächte nach der Beerdigung verbrachte sie schlaflos, betete für die Mutter. Bald stellten sich Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen ein. Sie machte ihren Angehörigen wegen mangelhafter Pflege der Mutter Vorwürfe. Ihre motorische Unruhe steigerte sich, so daß sie Bettzeug zerriß, Fensterscheiben zerschlug und ihre Schwester und Schwägerinnen an den Haaren zerrte.

Eine enge Verpflechtung zwischen Erkrankung und Schicksal zeigt auch der nächste Fall: Waltraud B. war von jeher sehr zart, sehr begabt, schrieb vorzügliche Aufsätze, hatte stets viel Interesse, besonders für Literatur und Medizin und wollte studieren. Ihr Vater war Arzt, Naturheilkundiger, von jeher verschroben; dessen Bruder galt als überstudiert und hatte sich nie zu einem Examen entschließen können. Die Mutter war recht erregt. Mit ihrem späteren Schwager, einem Juristen, der gleichzeitig ihre Schwester liebt, verbindet sie besondere Freundschaft. Er will W. heiraten, da sie musikalisch ist. Als sie sich in Frankreich aufhält, um Sprachen zu lernen, entschließt er sich, die andere Schwester zu heiraten, die praktischer und häuslicher ist. Anschließend an die rasche Heirat stellt sich ein Erregungszustand ein, der in den I. Schub mündet. II. und III. Schub entstehen spontan. Der IV. bricht aus, als sie bei ihrem Schwager, ihrem früheren Geliebten, zu Besuch weilt.

Auch der nächste Fall verläuft in enger Fühlung mit dem Geschick der Kranken: Helene Chr. — ein Vetter und eine Base der Mutter sind psychisch anormal — pflegt im Winter 1914/15 ihren Vater in allen Schrecknissen der Paralyse. Ungefähr gleichzeitig mit dem Tode des Vaters fällt der älteste Bruder im Felde. Im Herbst 1918 gerät der andere, ihr sehr nahestehende jüngere Bruder in Gefangenschaft. Kurz vor dem Waffenstillstand in einem der Rückzugsgefechte fällt der Verlobte. Schon im August 1918 nimmt sie vom geliebten jungen Bruder mit auffallend starrem Blick Abschied, als dieser als etwa 18 jähriger ins Feld zieht. Im Juli 1918 hatte sie sich mit ihrem Verlobten noch einmal getroffen. Für den Herbst war die Hochzeit verabredet worden. Beim Friedensschluß, im Gedanken daran, daß die anderen heimkehren, ihre Brüder und ihr Verlobter aber nicht, quält sie der Gedanke: „Wozu waren alle Opfer?" unablässig. Eine deutliche Veränderung in ihrem Wesen stellt sich ein. Sie sieht oft ins Leere, grübelt, ist geistesabwesend. Die Arbeit macht ihr keine Freude mehr, zuweilen kommen Vernachlässigungen ihrer Pflichten vor. Sie wird von der Mutter nach Göttingen zur Tante geschickt zur Zerstreuung und Erholung. Dort lernt sie im Hause ihrer Verwandten einen jungen Mann kennen, der sie durch sein Geigenspiel an ihren Verlobten erinnert. Es kommt zur Katastrophe. Sie meint, es sei ihr Verlobter und wird zärtlich.



Das taktvolle Benehmen des jungen Studenten klärt die Angehörigen auf, die sie eilends nach Hause zurückbringen. Klinikaufenthalt ist geboten. An der Diagnose Katatonie besteht kein Zweifel.

In den letzten drei Fällen sehen wir, wie sich der schizophrene Prozeß im Wechselspiel mit den vielen seelischen Insulten des äußeren Geschicks der Kranken entwickelt. Alle drei sind erblich belastet, alle drei werden durch dauernde — exogenen Momenten entspringende — Gemütserschütterungen heimgesucht. Jedes seelische Erlebnis mag zur Mobilisierung der Symptome mit beitragen, mag mit dazu helfen, den Prozeß zu fördern. Aber trotz allem können wir uns auch hier nicht entschließen, eine Verursachung der Psychose durch dauernde Einwirkung affektbetonter Erlebnisse anzunehmen. Besonders lehrreich ist der Fall Waltraud B., bei dem es zum Ausbruch des II. und III. Schubes keines Anstoßes durch äußere Einwirkungen bedarf. Sie stehen völlig frei und sind spontan entstanden. I. und IV. dagegen scheinen durch seelische Erschütterungen ausgelöst zu sein. All dies spricht uns für den prozeßhaften Verlauf der Schizophrenie, der in dem physischen Geschehen begründet erscheint.

Überblicken wir das Mitgeteilte, kommen wir zu folgendem Ergebnis:

Es wurden insgesamt 1188 Fälle von Schizophrenie (605 männliche, 583 weibliche) darauf untersucht, ob und inwieweit psychisch-traumatische Einflüsse auf den Verlauf der Erkrankung von Belang waren. Besonders wurde das Augenmerk darauf gerichtet, ob das von uns kritisch gesichtete Material Anhaltspunkte dafür gab, daß die Schizophrenie durch affektbetonte Erlebnisse verursacht wird. Es ergaben sich 44 Fälle, bei denen ein Einfluß psychischer Erlebnisse auf den Verlauf der Erkrankung zu verspüren war. Zwölfmal wurden vor Ausbruch der mit Erlebnissen in Zusammenhang gebrachten Krankheit Schübe beobachtet, bei 26 Kranken fanden sich schon von Kindheit an Abweichungen nach der einen oder anderen Seite der Norm: Stilles, scheues Wesen, Neigung zu Zurückgezogenheit, Unstetigkeit, Reizbarkeit, Empfindlichkeit, Abnormitäten, von denen *Bleuler* sagt, daß sie bei guter Anamnese nur ganz ausnahmsweise vermißt werden. Wir stimmen *Kraepelin*, *Rittershaus* und anderen bei, wenn wir annehmen, daß diese schon Symptome der schleichend beginnenden Krankheit waren. Es sind zwar Symptome, die wir auch sonst bei Nervösen und Psychopathen finden, die aber in unseren Fällen durch das spätere Auftreten der Schizophrenie erst ihre richtige Bewertung finden. Wenn wir sie bei unseren Kranken häufig schon



in der Kindheit feststellen konnten, spricht das nicht gegen unsere Auffassung, sie als Symptome der Schizophrenie zu werten, da der der Krankheit zugrundeliegende Prozeß zweifelsohne schon vor der Pubertät sich äußern kann. Es handelt sich um jene Charakteranomalien, die sich erst später in der Krankheit zu regelrechten erkennbaren Krankheitssymptomen auswachsen.

Von den 12 vor Einwirkung des psychischen Insults nachweislich Schizophrenen waren 9 belastet, 3 nicht; von den 26 latent Schizophrenen ließ sich bei 20 Erblichkeit, bei 6 keine Belastung feststellen.

Die fünf Kranken, die auf Grund der Anamnese keine psychischen Anomalien vor Ausbruch der Erkrankung boten, waren erblich belastet.

36 mal wurden einmalige durch plötzliche Erlebnisse bedingte Gemütserschütterungen, 7 mal die durch exogene Momente täglich wiederkehrenden Eindrücke als schädigend in Rechnung gesetzt.

Auf Grund unserer Feststellungen kommen wir daher zu dem Ergebnis, daß dem psychischen Trauma für die Entstehung der Schizophrenie eine ursächliche Rolle nicht zukommt, daß es vielmehr nur imstande ist, bei nachweislich oder latent Schizophrenen die Psychose manifest zu machen, das heißt schizophrene Symptome zu mobilisieren. Der psychische Insult kann diese Wirkung aber nur dann haben, wenn der der Krankheit zugrunde liegende somatische Prozeß schon läuft.

Ein Auftreten der Erkrankung im Zusammenhang mit einem akut einwirkenden psychischen Insult bei nicht belasteten und psychisch zuvor völlig unauffälligen Kranken wurde von uns überhaupt nicht beobachtet.

Auch wir verfügen, ähnlich wie *Suckau*, über Krankengeschichten weiblicher Kranker, bei denen Kriegserlebnissen ein Einfluß auf die Entwicklung der Schizophrenie zuzuschreiben ist (A. Z. f. Ps. 72, 1916). Was den Inhalt der Psychosen betrifft, so haben wir nur in einem verschwindend kleinen Teil der Fälle eine Verarbeitung des schädigenden Komplexes angedeutet gefunden. Wir befinden uns hier in Übereinstimmung mit *E. Meyer*, *Sigg*, *Sonnenberg* u. a., die auf Grund ihrer Kriegserfahrungen behaupten, daß das die Schizophrenie auslösende affektive Erlebnis in der Krankheit kaum als Komplex Verarbeitung findet. Unsere Fälle waren fast sämtlich dadurch charakterisiert, daß sie ihren Vorstellungsinhalt aus den verschiedensten Gebieten des menschlichen Lebens bezogen, der mit dem schädigenden Insult in keiner Beziehung stand.



Intoxikationspsychose durch Pilzvergiftung[1].

Von

Dr. med. **Norbert Marx,**

Am 8. 8. 1922 wurde H. mit der Diagnose Pilzvergiftung in der Anstalt eingeliefert. Er war völlig verwirrt und antwortete nur: Rechte Hand, rechte Hand. Von den Angehörigen wurden folgende Angaben gemacht. Er sei früher schon immer eigen gewesen, habe sich für den Klügsten gehalten, und die Leute sagten, er habe „Größenwahn". Pat. habe nie getrunken; die Frau hatte sich von ihm getrennt, da er zu dem weiblichen Personal in ihrem Blumengeschäft intime Beziehungen unterhielt. Die Kinder aber besuchten den Vater. Am 6. 8. hatte Pat., der von Beruf Porzellankunstmaler ist und jetzt eine Gärtnerei besitzt, selbstgesammelte Pilze gegessen. Am 7. bekam H. Besuch von seinem Sohn, dem auffiel, daß er wirr sprach. Auch hielt er ihn stundenlang an den Händen fest. Am nächsten Tage besuchten ihn seine Frau und sein Sohn, die ihn so verwirrt fanden, daß sie seine Einlieferung in die Anstalt veranlaßten.

Auszug aus der Krankengeschichte: Pat. steht mit gerötetem Gesicht im Kastenbett; ist nicht zu fixieren. Er mißt andauernd an der Wand seinen Schatten, spricht fortwährend von redlichem Spiel, er sei der Allvater, spricht von drei Punkten. Leistet, als er untersucht werden soll, den heftigsten Widerstand und schreit um Hilfe. Es konnte aber festgestellt werden, daß die Pup. weit und lichtstarr sind, Pat. hatte keine Spritze bekommen. In den nächsten Tagen war H. noch zeitweise furibund erregt, arbeitete ununterbrochen im Kastenbett herum, zerriß Matratze und Kopfkissen. Nach einem exzessiven Schweißausbruch ist er etwas ruhiger geworden, deliriert aber noch fortgesetzt und ist völlig desorientiert. Körperlich noch nicht zu explorieren. Puls 120. In bezug auf die Ätiologie seines Deliriums ist von ihm nichts genaues zu erfahren; den Pilzgenuß gibt er zu, bestreitet jeden Alkoholexzeß. Am 5. Tage ist Pat. noch verwirrt, hat sich aber beruhigt. Am 8. Tage nach der Aufnahme kommt er allein zur Exploration: sagt, er habe die vergangene Nacht besser geschlafen, da er von einigen Pat. nicht mehr hypnotisiert und magnetisiert wurde; er hatte die Empfindung, daß es auf ihn abgesehen sei. Körperlich fand sich prompte Reaktion der Pup.; Reflexe o. B., keine Sprachstörung.

Die nun folgende Katamnese, denn, wie schon oben erwähnt, war

[1]) Aus der Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin (Direktor: Sanitätsrat Dr. *Falkenberg*).



Pat. unter dem Eindruck seiner Halluzinationen nicht zu fixieren, eine direkte psychiatrische Exploration also unmöglich, will ich versuchen zu analysieren.

Pat. hatte sich am 6. 8. ein Pilzgericht aus Perlpilzen, Steinpilzen und Ziegenlippen sowie einigen ihm unbekannten Pilzen zubereitet. Die ihm unbekannten Pilze hatte er allein feingewiegt, wurde aber dabei gestört. Die Katze des H. fraß nun von den rohen Pilzen. Pat. glaubte deshalb, sie müßten alle genießbar sein und bereitete sie zusammen zu. Da er nochmals gestört wurde, goß er aus Versehen die Brühe, die er abgenommen hatte, wieder dazu und verzehrte dann die Pilze mit einem Freunde R. Dieser Herr gab, als er H. besuchte, folgendes an: Er aß ungefähr einen kleinen Teller voll. Nach 2—3 Stunden bekam er Schwindelanfälle; er war dann etwas „konfus“ im Kopfe. Die Kopfschmerzen hielten 3 Tage an. Er hat als Kunstmaler infolge der Vergiftung begonnen, auf die Rückseite der Leinwand zu malen; beim Greifen nach Gegenständen griff er daneben; hatte aber kein Doppelsehen. Die Gasbeleuchtung erschien ihm wie „bengalisches Licht“. Nach 5 Tagen war R. wieder hergestellt, doch wird er nach seinen Angaben noch jetzt durch Geräusche leichter als sonst irritiert.

H. bemerkte zuerst an der Katze, daß dieselbe ruhiger als sonst war und vor sich hinstierte; dann traten Zuckungen in den Vorderpfoten auf. Pat. versuchte dann dem Tier Milch einzuflößen, was ihm auch gelang. Nach Angaben der Frau ist die Katze am 3. Tage eingegangen. Nach einer Stunde bemerkte Pat. auch an sich Zuckungen in den Händen, wie bei der Katze, die er zuerst, wie er sagte, auf „Autosuggestion“ zurückführte. Er wurde dann schwindlig und hat an den Zeitabschnitt von abends um 9 bis morgens um 8 Uhr keine Erinnerung. Er fand sich um diese Zeit ohne Hosen auf dem Klosett sitzen, um sich herum alles mit Erbrochenem beschmutzt. Als dann mittags sein Sohn zu Besuch kam, fühlte er sich so elend, daß er sein Testament in sein Taschennotizbuch machen wollte. Es war ihm aber unmöglich sich zu konzentrieren, so daß ihm eine einfache Zusammenstellung seiner Außenstände mißlang.

Nachdem ihn abends sein Sohn verlassen hatte, hatte er in seinem Garten folgende „Visionen“. Er sah von Osten und Westen Gewitterwolken aufsteigen, und dazwischen tummelten sich die Walküren; in Wirklichkeit waren es kleine Wölkchen Dann kam ihm plötzlich der Satz in den Sinn: „Heil dem Helden Armin, auf den Schild hebt ihn; so'ne Führer wie er, geb' uns Wotan noch mehr.“ Es erschien dann ein großer Schild, recte Wolkenbank, von mächtigen Fäusten gehalten; dann kamen Gestalten, die Armin umringten und auf den Schild hoben. Wenn Pat. „alles erfaßt hatte, verschwand das Bild, und es kam wieder ein neues; er konnte sich alles in Ruhe ansehen, es war wie im Panorama. Es kam dann der Hexensabbat auf dem Blocksberg. Dieser erschien als ein rosenroter Berg, um den die Hexen auf Besen nach einer bestimmten Melodie ritten, die Pat. noch nie gehört hatte. Satanas saß davor auf einem kleinen Berg in der Mitte des Bildes“. Diese Melodie hörte Pat. auch noch in Herzberge, er sah aber dann kleine „Gebilde“, die ihm nicht klar wurden. Was er gesehen habe, „tue ihm nicht leid, und wenn er es mit allem bezahlen müsse“. Pat. sagt, er habe früher viel und gerne die



alten Heldensagen gelesen. Die Halluzinationen sind also eine Ekphorierung von Engrammen, ausgelöst durch die Vergiftung und in ihrer Art angeregt durch die bizarren Wolkenbildungen.

Plötzlich hörte H. von verschiedenen Seiten einen ganz scheußlichen Flötenton. Auf dem Boden glaubte er dann eine Hexe zu sehen, beim Zugreifen war es ein Besen. In dieser Nacht lief Pat. andauernd zwischen seiner Laube und der Straße auf und ab. Er getraute sich nicht mehr in seine Behausung, da die vergiftete Katze gegen ihn aggressiv wurde und er sich vor den Messern, die auf seinem Küchentische lagen, fürchtete. Es war ihm zum „Bewußtsein" gekommen, daß er nicht Herr seiner Sinne sei und deshalb mit den Messern ein Unglück geschehen könne. Wenn Pat. nun von seiner Laube nach der Straße ging, waren die gefährlichen Messer links von ihm; er sagte sich deshalb, um rechts zu gehen, als „Schutzformel" „rechte Hand, rechte Hand". Auf dieser Seite stand auch ein kleiner Rosenstrauch, den er mit seiner Tochter Rosa, Röschen genannt, identifizierte. Der Gedanke an sein Kind und diese Formel hielten ihn in dieser Nacht aufrecht. Wenn Pat. nun zwischen seinen Blumen herumirrte, nahmen diese, besonders die Sonnenblumen, bizarre Gestalten an, die ihn bedrohten, besonders die zur Linken.

Als sein Sohn am nächsten Morgen, am 8. 8., zu ihm kam, erzählte er diesem, er sei heute nacht bei Gott dem Allvater gewesen, und er werde bald wieder dahin zurückkehren. Gott habe ihm die Erde und das Weltall gezeigt und ihm alles bis auf ein Sandkorn zerlegt; als dieses geschwunden war, sagte ihm Gott, jetzt bleibe nur noch „der Gedanke". Er dachte dann über die Arbeit des Allvaters nach und glaubte das Weltrad treten zu müssen; in Wirklichkeit trampelte er auf die gleiche Stelle. Bei seinem Auf- und Abgehen glaubte er öfter seine Pfeife auf dem Boden liegen zu sehen; als er darnach griff, war es Kot. H. sagte sich dann, das sei ein Spiel des Teufels, der ihn verderben wolle.

Als Pat. von seinen Angehörigen nach Herzberge gebracht wurde, wußte er es; doch hatte er große Angst, da er als Kind die vergitterten Fenster der psychiatrischen Klinik zu Jena gesehen hatte, und „dann sei es schwer zu beweisen, ob der Mensch verrückt oder normal sei". Deshalb sagte er auch nach seiner Ankunft zur „Beschwörung" „rechte Hand, rechte Hand". Als Pat., wie in der Krankengeschichte erwähnt, seinen Schatten maß, glaubte er, er sei Gott und müsse einen neuen Menschen konstruieren, denn die Welt und die Menschen seien schlecht und fehlerhaft. Als Pat. von den Punkten sprach, glaubte er sich im Wettkampf mit den schlechten Menschen, und er mußte diesen um wenigstens einen halben Punkt voraus sein. Später sah er „Gott von hinten in einem Holzhäuschen sitzen, während er auch in einem Holzhäuschen saß, später würde dann jeder Mensch in der neuen Welt ein gleiches Häuschen besitzen, und alle wären dann glücklich".

Über seine Erregung im Kastenbett machte er folgende Angaben: „er hatte furchtbare Angst, glaubte vergiftet oder erschossen zu werden, hörte Maschinengewehre auffahren". Sein Kastenbett glaubte er am Schornstein eines Schiffes festgenagelt, und er hörte aus undeutlichen Stimmen, daß der Kasten heruntergeholt werden sollte. Er suchte ihn deshalb festzunageln; recte er klopfte an die Zimmerwand. Pat. glaubte,



das Schiff sei auf dem Main vor Frankfurt, wo er vor einigen Jahren war; um sich herum sah er noch andere Schiffe, deren Besatzung ihm feindlich war. Um sich vor ihr zu verbergen, legte er sich auf den Boden des Kastenbettes und zerriß die Decken, womit er die Ritzen, durch die man ihn, wie er glaubte, sehen konnte, verstopfte.

Wenn Pat. Kopfschmerzen verspürte, glaubte er sich hypnotisiert und magnetisiert, und es wurden ihm die Gedanken „abgezogen". Er erregte sich, daß man einen kranken Mann so quälen lasse, indem man die Gedanken „packe"; er sprach aber nichts davon, damit es nicht noch toller getrieben werde. Er sagte nur zur Beschwörung dieses Spuks „rechte Hand, rechte Hand".

Dann glaubte H. auch hier die verschiedenen Zeitalter zu durchleben; doch ist ihm nur noch die Zeit der Ägypter in klarer Erinnerung. Er sah die Göttin Isis mit dem Vogelkopf; diese gab den Ägyptern recte Pat. Zeichen, die sich auf H. bezogen. Diese Isis war ein Pat. Pl., der in den Krankensälen beschäftigt ist und einen „vogelähnlichen" Kopf hat. Um gegen diese Erscheinungen auch im Schlafe gewappnet zu sein, riß sich Pat. einen Zahn aus, der ihm den Punkt Vorsprung, den er gegen seine Widersacher benötigte, ersetzen mußte. Vorher hatte er kleine Kugeln im Mund, recte zerkautes Stroh.

Durch diese Analyse der Katamnese glaube ich die Auffassung zu stützen, daß auch scheinbar sinnlose Handlungen nach Aufdeckung der auslösenden Motive als sinnvolle zu bezeichnen sind.

In den Lehrbüchern der Toxikologie von *Kobert*, *L. Lewin* und *Jaksch* wird von Delirien, Visionen, Halluzinationen, Erweiterung oder Verengerung der Pupillen und Sehstörungen durch Fliegenpilzarten (Agaricus muscarinus) ohne nähere Angaben von Fällen berichtet. Dagegen rufen andere Giftpilze wie der Knollenblätterschwamm (Amanita bulbosa) choleraähnliche Symptome hervor, ebenso in geringerem Grade die Boletus- und Russulaarten. Pathologisch-anatomisch findet man bei der Amanita bulbosa eine starke Verfettung aller Organe. Von Psychiatern schreibt *Kraepelin*: „Der Fliegenschwamm scheint ähnliche Wirkungen wie das Haschisch hervorzubringen." *Schröder* im Handbuch von *Aschaffenburg* erwähnt keine psychischen Veränderungen bei Pilzvergiftungen. In keinem Lehrbuch ist aber die Konstitution in Betracht gezogen, die zu berücksichtigen wäre, da nur in wenigen Fällen psychische Veränderungen, in den meisten aber gastro-intestinale Symptome auftreten. Unser Fall ist trotz der Diagnose in eine Irrenanstalt gekommen, da Pat. furibund erregt war. Es dürfte wohl der einzige sein, der in psychiatrischer Beobachtung war. — *Königsdörffer* berichtet in den Ther. Mon.-H. 1893 unter 6 Fällen von Pilzvergiftung, daß, während bei der Frau und den Kindern einer Familie nur Schwindel und Erbrechen sowie vereinzelte tonisch-klonische Krämpfe auftraten, „bei dem Manne sich nach einer halben Stunde ein vollständiges Irresein eingestellt habe, maniakalische Delirien, so daß ihn vier Männer unter Aufbietung aller Kräfte halten mußten, um ihn an Gewalttätigkeiten zu hindern. Pat. machte den Eindruck eines total Betrunkenen, bei dem Wirklichkeit und Phantasie vermischt waren. Es sei unmöglich gewesen, ihm auf irgend welche Weise seine Phantasien auszureden". K. gab in Abständen von je 10 Min. 12 Spritzen



zu 0,001 Strychn. subnitr., was ihn beruhigt habe. Das ist der einzige Fall aus der deutschen Literatur. Dann werden von *Boudier-Husemann* 1867 in dem Werke „Die Pilze in ökonomischer, chemischer und toxikologischer Hinsicht" Berichte von Reisenden aus Sibirien, besonders Kamtschatka, zitiert, die aus den Jahren 1770—1860 stammen und von dem Gebrauch des Fliegenpilzes als Berauschungsmittel bei den Kamtschadalen und Koräken berichten. Der Pilz wird getrocknet verschluckt und dann Wasser nachgetrunken. „Es tritt zuerst Zittern auf; je nach dem Temperament wird der Kamtschadale traurig oder lustig; die einen hüpfen, tanzen und singen, die anderen weinen und sind in furchtbarer Angst, da ihnen ein kleines Loch wie ein schauerlicher Abgrund, ein Löffel voll Wasser wie ein See vorkommt. Alles dies gilt nur von denen, die im Übermaß genießen. Kleine Quantitäten heben den Geist, machen munter, beherzt und lustig. — Ein Bewohner von Kamtschatka glaubte sich am Rande der Hölle und sollte hinuntergestürzt werden; der Pilz befahl ihm aber auf die Knie zu fallen und ein vollständiges Sündenbekenntnis abzulegen, was er auch tat. — Das Gesicht der Leute wird rot, aufgedunsen, strotzt gleichsam von Blut, und die Personen fangen an viele unwillkürliche Handlungen mit Worten und Taten zu verrichten. Bei geringem Grade der Vergiftung entsteht Sehnenhüpfen, in höherem aber Zuckungen der Extremitäten, und die Personen machen mit den Händen sonderbare Pantomimen. Bemerkenswert ist noch, daß das Gift durch den Urin ausgeschieden wird. Dieser wird von den Bewohnern Kamtschatkas sorgfältig gesammelt und getrunken, und er kann seine Wirkung auf fünf Personen hintereinander ausdehnen."

Aus dem Vorhergehenden komme ich zu dem Schluß, daß es sich in unserem Falle um eine Vergiftung mit Pilzen aus der Familie Agaricus handelt. Für die Dauer der Intoxikationspsychose war bei unserem Patienten wohl von wesentlicher Bedeutung, daß er erst am dritten Tage nach der Vergiftung in Behandlung kam, so daß eine Magenausspülung nutzlos erscheinen mußte, andererseits aber nahm H. wegen seiner motorischen Erregung sehr viel Flüssigkeit zu sich, so daß die Giftstoffe (Muskarin?) zur vollen Auswirkung kommen konnten.



Atypische periodische Psychosen[1]).

Von

Otto Klieneberger.

Fall 1. S. W., Redakteur, 34 Jahre. — Stets sehr lebhaft, schwärmerisch veranlagt, dabei gutmütig, bescheiden. Vor 10 Jahren sexuelle Infektion. Seit 3 Jahren verheiratet, ein etwas nervöses Kind. Starker Nikotinmißbrauch (50—60 Zigaretten täglich). Mit 22 Jahren (1912) und vor 3 Jahren jedesmal einige Monate wegen Erregung in Sanatoriumsbehandlung. In letzter Zeit leicht erregbar, gereizt.

Am 2. 9. 1922 plötzlich erregt, sprach viel, verworren, von Gott, der Bibel und seinen Dichtungen (ein Band Gedichte von ihm ist im Druck erschienen). Zog auf der Fahrt nach der Klinik im Zuge die Notbremse, weil er angeblich einen Ring vergessen hatte.

In der Klinik seit $4^1/_2$ Monaten. Dauernd sehr lebhafter Rede- und Bewegungsdrang. Pfeift, singt, tanzt umher. Geziert und sehr verschroben in allen Bewegungen. Ständiges Grimassieren. Bunter Wechsel von immer in der gleichen Art wiederkehrenden Manieren und Stereotypien; gebraucht auch stets die gleichen Redewendungen. Katatone, symbolische Chiffrezeichnungen. Zerreißt, wäscht sich im Klosett, stößt stundenlang mit dem Kopf gegen die Bettwand. Nahm von seiner Frau, die ihn 2 Monate nach der Aufnahme in die Klinik erstmalig besuchte, nur vorübergehend Notiz. Ist auch sonst zuweilen ablehnend, spricht zeitweise inkohärent, verworren; klagt, es gehe ihm schlecht, weil er seine Pantoffeln nicht habe, seine Frau wolle ihn vergiften, habe auch seine Pantoffeln vergiftet. Vorübergehend aggressiv und Nahrungsverweigerung. Impulsiv, dabei stets leicht lenkbar, meist überhöflich. Gehobene Stimmung. Dauernd wechselnde Größenideen. Zeitlich, örtlich und persönlich immer orientiert; dabei Neigung zu Personenverkennungen (meist als zum Teil verstorbene Angehörige von Hof- und Adelskreisen). Knüpft an, witzelt, mitunter ausgesprochen ideenflüchtig.

Fall 2. W. A., Kaufmann, 46 Jahre. — Vater Trinker; ein Vatersbruder in Heil- und Pflegeanstalt, ein anderer durch Selbstmord gestorben. Mangelhaft begabt, kam nur bis Quarta eines Realgymnasiums. Dann in verschiedenen Berufen tätig. Stets freundlich, sanguinisch. Mit etwa 16 Jahren schwermütig, Neigung zum Weinen.

---

[1]) Aus der Universitätsnervenklinik Königsberg i. Pr. (Direktor: Geheimrat Prof. *E. Meyer*).



In der letzten Stelle Zwistigkeiten mit dem Inspektor, deshalb nach Hause. Hier verändert, störrisch, frech, lästig, spielte und drohte mit dem Taschenmesser. Sinnestäuschungen: man flüstere ihm alles Mögliche ein. Deshalb am 1. 8. 1897 in Anstaltsbehandlung. Sehr erregt bis zu Tobsuchtsanfällen. In den Erregungszuständen sehr laut, verworren, sang Lieder. Nach 4 Wochen versuchsweise Entlassung, mußte sofort wieder zurückgebracht werden, weil er sich auf der Straße störend benahm. Glaubte, hypnotisiert und durch unsichtbaren Apparat elektrisiert zu werden; Schallöcher seien im Zimmer angebracht.

5. 11. bis 21. 11. 1897 in Heil- und Pflegeanstalt Allenberg. Diagnose: Paranoia. Kein Krankheitsgefühl, ruhiges Verhalten. Etwas scheu und zurückhaltend. Gebessert entlassen.

Zunächst noch stumpf und läppisch, allmählich besser. Aber in der Folgezeit immer sehr großartig, viel getrunken; wiederholt „Anfälle“: inszenierte einmal eine törichte Verlobung, äußerte Größenideen, machte sinnlose Einkäufe, Schulden, behauptete, ein Gut geerbt zu haben; nicht mehr in Anstalten gewesen, „Anfälle“ stets schnell vorübergegangen.

1914 Ptosis des Oberlides. Wa. +. 2 Salvarsan- und Hg.-Kuren. 1915 eine 18 jährige Frau geheiratet. Infizierte auf der Hochzeitsreise sich (?) und (?) die junge Frau mit Gonorrhoe. Danach wochenlange Depression mit Angstzuständen. Dann wieder sehr großartig. Ehe blieb kinderlos.

25. 8. bis 26. 11. 1917 in Privatanstalt. Diagnose: Progreß. Paral. Kam allein, um eine bekannte Dame zu besuchen. Brachte Blumen mit, nahm, da ihm diese zu wenig schienen, 2 Vasen aus dem Büro und folgte mit 3 Sträußen die Treppe hinauf; beschloß, gleich dazubleiben. Äußerte zahlreiche Größenideen. Wechsel zwischen Euphorie (Größenideen, dichtet und schreibt viel), freundlich liebenswürdiger Gutmütigkeit (zärtlich zu den Pflegerinnen) und heftiger Erregung (schlägt Türfüllung, Fenster ein). Körperlich: starke Ptosis des rechten Oberlides. Reflektor. Pupillenstarre.

Nach Hg.- und Salvarsankur Beruhigung. Besserung, vernünftig. Will seine Einkäufe möglichst rückgängig machen. Ist einsichtig für seine Erkrankung, die er freilich auf Überanstrengung und übermäßigen Alkoholgenuß zurückführt.

31. 12. 1917 bis 16. 1. 1918 Nervenklinik Königsberg. Diagnose: Progreß. Paral.

24. 10. 1922 Wiederaufnahme in die Klinik. Soll noch kurz zuvor ganz unauffällig gewesen sein. Kommt allein, um sich untersuchen zu lassen; folgt willig auf die Abteilung. Zunächst ruhig; dann schnell einsetzender und stark zunehmender Rede- und Bewegungsdrang. Sang, drohte, ging zu anderen Kranken ins Bett, kroch unter die Betten, äußerte eine Fülle von Größenideen, schrieb sehr viel, schimpfte. Dauernd vollkommen einsichtslos; beim Besuch von Angehörigen ohne Interesse und Affekt. Zunehmend roh und ungeniert, spuckt, gebraucht gemeinste Ausdrücke. Außerordentlich unsauber, läßt fast ständig Urin und Stuhl unter sich; führt als Grund dafür an, er sei vergiftet; versucht, sein Badewasser zu trinken, das er vorher verunreinigt hat. Zeigt fast dauernde motorische Unruhe mit groteskem Grimassieren; Manieren und Stereo-



typien, redet andauernd zerfahren vor sich hin. Vorübergehend ruhiger, gutmütig läppisch, witzelt, knüpft gelegentlich ideenflüchtig an. Wird zuletzt wieder zunehmend erregt. Dabei ständig orientiert.

Ptosis rechts, die zeitweise verschwunden scheint, um bald wieder zu kommen; vorübergehend auch Ptosis links.

Absolute Pupillenstarre. Geringe Fazialisparese rechts, Sprache heiser, etwas verwaschen. Leichtes Zittern der Arme. Wa. im Blut und Liquor +; Nonne + 10 Zellen. Akute Gonorrhoe.

Beide Krankheitsfälle sind, im Querschnitt wie im Längsschnitt betrachtet, von besonderem Interesse. Allein aus der Querschnittsbetrachtung läßt sich eine sichere Diagnose nicht stellen.

Der erste Kranke imponiert auf der Abteilung wegen seines dauernden motorischen Rede- und Bewegungsdrangs, seiner Geziertheit und Verschrobenheit, seines ständigen Grimassierens, der Neigung zu Manieren und Stereotypien, seiner zeitweiligen inkohärenten Verwirrtheit, seiner eigenartigen Wahnideen, der gelegentlichen Impulsivität, Agressivität und Nahrungsverweigerung durchaus als Katatoniker. Neigung zu Anknüpfungen und Witzeleien, zeitweise ausgesprochene Ideenflucht mit gehobener Stimmung und gesteigerter Ablenkbarkeit weisen auf eine, man möchte zunächst meinen, untergeordnete manische Komponente hin. Auf Grund der Längsschnittsbetrachtung, vor allem unter Berücksichtigung der Veranlagung und der Tatsache, daß der Kranke vor 12 und 3 Jahren Erregungszustände durchgemacht hat, die Sanatoriumsbehandlung erforderlich machten, aber vollkommen ausheilten, sowie in Hinsicht darauf, daß eine Veränderung seiner Persönlichkeit nicht festzustellen ist, scheinen uns die manischen Elemente an Bedeutung zu gewinnen, so sehr, daß wir geneigt sind, von der Diagnose der Dementia praecox abzusehen und eine günstige Prognose zu stellen: wir haben es offenbar mit einer zirkulären Psychose im Sinne des manisch-depressiven Irreseins bei einem Menschen von katatonem bzw. schizoidem Reaktionstypus zu tun.

Auch der zweite Kranke ist ein Mensch von schizoidem Reaktionstypus. Er hat mit etwa 20 Jahren eine Psychose durchgemacht, die damals (1897) als Paranoia angesprochen wurde, uns heute bei rückschauender Betrachtung wegen der heftigen motorischen Erregungszustände, der charakteristischen Sinnestäuschungen (Einflüsterungen, Schallöcher seien im Zimmer angebracht) und Wahnideen (glaubt hypnotisiert, durch unsichtbare Apparate elektrisiert zu werden) als ein Schub der Dementia praecox imponiert; denn auch der weitere Verlauf (mangelndes Krankheitsgefühl bei ruhigem Verhalten, Zurück-



bleiben eines stumpfen, läppischen Wesens) steht hiermit im Einklang. Berücksichtigt man aber weiter, daß der Kranke in der Aszendenz mit Trunksucht, Geistesstörung und Selbstmord schwer belastet ist, bedenkt man dabei, daß schwere Belastung an sich ein Krankheitsbild oft schwerer erscheinen läßt, indem sie offenbar die Krankheitserscheinungen kompliziert, berücksichtigt man weiter, daß er einige Jahre vor seiner ersten in der Jugend überstandenen akuten Psychose einen Zustand depressiver Verstimmung durchgemacht hat, der dann einem reizbaren, störrischen, frechen Wesen Platz machte, zählt man hinzu, daß er später eine gewisse Großspurigkeit zeigte, immer wieder kurz dauernde „Anfälle" hatte, in denen er Gößenideen äußerte, unternehmungslustig war, Schulden und sinnlose Einkäufe machte, so zeigt sich auch hier ein bedeutungsvoller manischer bzw. manisch-depressiver Zug, zumal der Kranke vor 7 Jahren abermals eine vielleicht reaktiv bedingte Depression durchgemacht hat. Nach voraufgegangener syphilitischer Infektion ist er 1914 an Erscheinungen erkrankt, die auf eine Tabes dorsalis bzw. auf eine Hirnlues hinweisen. 1917 machte er eine manisch gefärbte Erregung durch, die durchaus paralytischen Eindruck erweckte; er wurde ruhig, besser, schließlich „vernünftig" und einsichtig. Noch vor der letzten Aufnahme in die Klinik war er unauffällig. Nun ist er seit 3 Monaten wieder heftig erregt, zeigt eine Mischung von katatonen und manischen Symptomen, ist sehr unsauber und bietet ein Bild, das wieder paralytisch anmutet. Es kann nicht mit Sicherheit entschieden werden, ob tatsächlich eine Paralyse vorliegt oder ob es sich auch hier aus ähnlichen Überlegungen, wie wir sie bei dem ersten Kranken angestellt haben, um eine manische Phase bei einem schizoid veranlagten Menschen handelt, der dazu noch an tabischen bzw. hirnluischen Störungen leidet. Selbst wenn jetzt eine Paralyse vorliegen sollte, bleiben die früheren von ihr unabhängigen, andersartigen Krankheitsattacken von großem Interesse. Von Interesse wäre auch die Paralyse selbst, nicht nur durch ihren relativ langen, eigenartigen Verlauf, sondern auch wegen ihrer besonderen Erscheinungen, deren Mischung von manisch-depressiven und schizoiden Symptomen, die sich kaum anders als durch eine endogene, von der Paralyse wieder geweckte, vielleicht durch sie verschärfte und verzerrte Anlage erklären ließe.

Jedenfalls wird man ohne eine gewisse Vergewaltigung beide Krankheitsfälle weder der Dementia praecox noch dem manisch-depressiven Irresein zurechnen können. Sie gehören wohl am ehesten zu den von *Schroeder* als Degenerationspsychosen geschilderten Krank-



heitszuständen, doch möchte ich sie lieber als atypische periodische Psychosen bezeichnen, da dieser Name weniger präjudiziös klingt. Sie vereinigen in sich Symptome von beiden Krankheitsgruppen, sind insofern bemerkenswert, als sie zeigen, daß die beiden von *Kretschmer* aufgestellten Reaktionstypen, der schizoide und der zyklothyme, wie das *Bleuler* schon wiederholt ähnlich betont hat, nicht etwa sich ausschließen, sondern daß ein und dasselbe Individuum wechselnd zyklothym oder schizoid oder zugleich zyklothym und schizoid reagieren kann. Im Querschnitt imponieren vielleicht mehr die katatonen Erscheinungen, die ja doch mehr sinnfällige Störungen darstellen, im Längsschnitt der zirkuläre Verlauf.

Für die Prognosestellung verdient letzterer zweifellos besondere Beachtung. Wir halten die Prognose bei unseren beiden Kranken für günstig, vorausgesetzt, daß bei dem zweiten Kranken das Krankheitsbild nicht doch noch zur Paralyse sich verdichtet [1]). Wir lassen uns dabei nicht nur von der Betrachtung des Längsschnittes leiten, sondern sind mit *Wilmanns* der Überzeugung, daß den manischen und depressiven Symptomkomplexen eine weit größere differentialdiagnostische Bedeutung zukommt als den katatonen.

Wir glauben, diese Ansicht aufrecht halten zu können selbst in Fällen, in denen ein sonst als prognostisch so ungünstig angesehenes Symptom wie die Inkontinenz so schroff in die Erscheinung tritt wie bei unserem zweiten Kranken.

Ich erinnere mich in diesem Zusammenhang einer jugendlichen weiblichen Kranken, welche nach einem kurzen, als manisch imponierenden Krankheitsbilde ruhiger und, wie es schien, immer stumpfer wurde, die, meist unter der Decke versteckt, sich um die Umgebung nicht mehr kümmerte, auf Fragen nicht oder kurz abweisend schnippisch reagierte, fernerhin nur mehr eine läppische Heiterkeit zeigte, bei der wir nach dem Verlauf der Erkrankung von der ersten Annahme einer Manie abkamen und immer mehr an das Vorliegen einer Dementia praecox dachten, bis uns diese Diagnose durch eine plötzlich einsetzende Inkontinenz gesichert schien. Die Kranke wurde aber gesund — sie ist sicher eine manisch-depressive — und ist, nun schon seit Jahren, gesund geblieben. Katamnestisch gab sie uns an, sie habe sich damals geärgert, daß sie auf der Abteilung für unruhige Kranke gehalten, daß nicht einmal der Versuch gemacht worden sei, sie auf eine ruhige Abteilung zu verlegen; da habe sie

[1]) Der erste Kranke hat sich in den folgenden Wochen weitgehend beruhigt, er ist noch leicht manisch, dabei leicht verschnörkelt und verschroben und kommt demnächst zur Entlassung; der zweite Kranke ist außerhalb der Klinik, soweit bekannt, unter anhaltender Erregung und den Erscheinungen einer akuten Pneumonie gestorben.



gedacht: „nehmt Ihr mich als Geisteskranke, gut, dann will ich mich auch als Geisteskranke benehmen“, und so habe sie wie ihre Nachbarinnen den Urin unter sich gehen lassen und damit zugleich auch das Personal ärgern wollen.

Diese Erfahrung hat uns in der *Wilmanns*schen Ansicht bestärkt. Ja, wir glauben, noch darüber hinausgehend, den manisch-depressiven Symptomen nicht nur eine größere differentialdiagnostische, sondern vor allem auch eine besondere prognostische Bedeutung beilegen zu dürfen und also sagen zu können, daß, wenn überhaupt in einem, noch dazu diagnostisch unklaren Krankheitsbilde manisch-depressive Symptome sich erkennen lassen, daß dann mit einer gewissen Vorsicht der Schluß auf eine günstige Prognose erlaubt ist.

Damit steht im Einklang, um noch einmal auf unseren zweiten Krankheitsfall zurückzukommen, der, falls sich die Diagnose Paralyse bestätigt, ein gutes Beispiel dafür bietet, daß Paralysen mit manisch-depressiver Färbung offenbar wegen der endogenen Artung der Kranken ganz besonders zu Remissionen neigen.



Kritische Bemerkungen über die Behandlung der genuinen Epilepsie.

Von

Medizinalrat Dr. Nerlich-Großschweidnitz.

Die genuine Epilepsie ist, man kann das ruhig aussprechen, im allgemeinen ein unheilbares Leiden. Jede Behandlungsart, jede Arznei die als ein für die Heilung der Krankheit geeignetes Mittel empfohlen wird, muß daher von jedem gewissenhaften Arzte angewendet und auf seinen Wert geprüft werden. Aber welche Enttäuschungen hat man bisher regelmäßig erlebt!

Seit *Locock* im Jahre 1857 für die Behandlung der genuinen Epilepsie die Bromsalze empfohlen hat, hat das Brom den ersten Platz unter den bei der Behandlung dieses Leidens angewendeten Mitteln behauptet. Mag man nun das Brom in seinen einzelnen Salzen oder in der Form des *Erlenmeyer*schen Bromgemisches anwenden, ein Heilmittel ist es nicht, es ist aber, weil es die Erregbarkeit der Großhirnrinde herabsetzt, ein überaus brauchbares Mittel bei der symptomatischen Bekämpfung der Krampfanfälle, die eine wesentliche Besserung unverkennbar erfahren.

Um die Bromwirkung zu verstärken, hat *Flechsig* vor etwa 30 Jahren eine Kombination von Opium und Brom, die sogenannte Opium-Brom-Kur, eingeführt, durch welche es gelingen sollte, die Krampfanfälle dauernd zu beseitigen. Aber auch dieser Behandlungsart waren, wenn auch anfangs weitgehende Besserungen zu beobachten waren, Mißerfolge beschieden.

Vor etwa 20 Jahren wurden in der sächsischen Anstalt für Epileptische zu Hochweitzschen mit der sogenannten metatrophischen Behandlung nach *Richet-Toulouse* Versuche im großen angestellt. Die Behandlung, die auf der Annahme fußte, daß Brom im Organismus an die Stelle des Chlors, das infolgedessen in der Form des Kochsalzes aus den Speisen ausscheiden mußte, trete, mußte schon nach wenigen Monaten abgebrochen werden, da die Verabreichung von salzfrei gemachter Nahrung bedenklich erschien und Verschlechterungen im Zustande der Epileptiker zur Folge hatte.

Es sind jetzt etwas über 10 Jahre verflossen, da sollte bei richtiger Anwendung und Beobachtung diätetischer Maßnahmen das Epileptol *Rosenberg*s Befreiung von der Fallsucht bringen. Ich selbst wendete das Mittel mit dem glücklich gewählten Namen während meiner Tätigkeit



in der Anstalt Hochweitzschen an und könnte an der Hand von jahrelang geführten Krampfbogen nachweisen, daß dem Mittel die nachgerühmte Eigenschaft nicht zukam, daß auch ohne Epileptol eine krampffreie Zeit bei den betreffenden Kranken eingetreten wäre. Es ist noch viel zu wenig bekannt, daß die epileptischen Anfälle mitunter periodisch auftreten, daß sie oft monate-, ja jahrelang aussetzen, um dann von neuem sich bemerkbar zu machen. Verständnis für meine Ausführungen habe ich damals bei dem Kollegen, welcher mit mir gleichzeitig das Mittel gebrauchte, nicht gefunden, das hat mich aber nicht abgehalten, in einem Referat des sächsischen Korrespondenzblattes (1912 S. 138/139) auszusprechen, daß das Epileptol eine für die Behandlung der genuinen Epilepsie völlig ungeeignete, mitunter sogar schädliche Arznei sei. Von einer Anwendung des Epileptols habe ich seitdem nichts wieder gehört. Die Zahl der für die Behandlung der genuinen Epilepsie empfohlenen Mittel ist eine ungeheure Bromipin, Ureabromin, Sedobrol, Episan, Zebronal, Luminal und wie sie alle heißen mögen, sie haben eine Heilung der genuinen Epilepsie nicht zu bewirken vermocht und höchstens bei der symptomatischen Bekämpfung der Krampfanfälle einigermaßen genützt. Würde nur eines dieser Mittel einen Dauererfolg gehabt haben, es würden nicht fortwährend neue auf den Arzneimittelmarkt geworfen werden, und es würde das Kurpfuschertum auf diesem Gebiete nicht die üppigsten Blüten treiben.

Neuerdings wird der vom Sächsischen Serumwerk, Dresden, hergestellten Xifalmilch eine Heilung der genuinen Epilepsie nachgerühmt. Zwar drückt sich *Döllken* in seiner in der Berliner klinischen Wochenschrift 1921 veröffentlichten Arbeit über die Xifalmilch, die er mit Luminal kombiniert verabreichte, recht vorsichtig aus, indem er sagt: „Ein Heilmittel gegen die Epilepsie ist die Kur wohl nur für eine gewisse Zahl von Fällen", doch spricht *Becker* in seinem in der psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift 1922 niedergelegten Aufsatz sich offen dahin aus, er „kenne kein Mittel, das so energisch die Anfälle zu beseitigen vermöge" und infolge seiner guten Eigenschaften zu den schönsten Hoffnungen für die Zukunft berechtige, wie die Xifalmilch. Das Sächsische Serumwerk selbst empfiehlt die Xifalmilch mit den Worten: „Xifalkuren behoben selbst schwerste, älteste und häufigste Anfälle nach jetzt vorliegenden, umfangreichen klinischen Erfahrungen in ganz überraschender Weise bis zur Heilung. Xifalmilch ist eine Kombination von steriler Milch mit wenig virulentem Bakterieneiweiß."

Die der Xifalmilch zugeschriebenen, wunderbaren Erfolge reizten mich natürlich sofort zu ihrer Anwendung, die bei dem hohen Preise des Mittels (24 Ampullen à 2 ccm in der Apotheke im Mai 1922 = 142 Mk.) sich erklärlicherweise nur auf selbstzahlende Kranke beschränken mußte. Ich verfüge also nur über 2 Fälle, die aber andauernd auf der Wachabteilung beobachtet wurden, damit Irrtümer vollkommen ausgeschlossen werden konnten.

Frl. L. R., 16 J. alt, stammt von einem Vater, der an Sklerose der Kranzgefäße des Herzens starb, und einer hysterischen Mutter. Im Alter von 2 J. erkrankte sie an einer Lungenentzündung, und im Anschluß hieran zeigten sich eigentümliche Anfälle, die ärztlicherseits bald als hysterische bald als epileptische aufgefaßt wurden. Die Kranke wurde



plötzlich ängstlich, suchte sich an die ihr nächste Person anzuklammern und sank dann langsam zu Boden. Nach einer Bewustlosigkeit von sekunden- bis minutenlanger Dauer dämmerte die Kranke leicht benommen umher, ließ sich ohne Widerstreben zu Bett bringen und verfiel in mehrstündigen Schlaf. Ausgesprochene Krampfanfälle wurden weder von der Mutter noch von den Ärzten, die sie mit den verschiedensten Mitteln behandelt hatten, beobachtet. I. A. sollten die Anfälle selten aufgetreten sein und mitunter sogar wochenlang sistiert haben. Am 18. 4. 1922 wurde Frl. R., die körperlich gesund war, hier aufgenommen. Die Beobachtung ergab das Vorhandensein von petit mal mit nachfolgenden Dämmerzuständen von kurzer Dauer. Die Anfälle traten sowohl am Tage wie in der Nacht auf und entgegen den Angaben der Mutter verhältnismäßig häufig. Am 16. 5. 1922 wurde mit den Xifalmilchinjektionen begonnen: die Injektionen wurden aller zwei Tage vorgenommen, dazwischen Luminal 0,2 g verabreicht, Fischspeisen, die die Kranke angeblich nicht vertrug, in jeder Form vermieden, an der übrigen Kost nichts geändert. Ein Nachlaß oder Aufhören der Anfälle trat nicht ein; am 18. 6. wurde sogar ein ausgesprochener Krampfanfall, der bis dahin überhaupt nicht aufgetreten sein soll, beobachtet; die Dämmerzustände dauerten länger; das ganze Krankheitsbild verschlechterte sich, ein Gefühl, das auch bei der Mutter der Kranken sich einstellte. Am 1. 7. 1922 wurde die Kranke der Anstalt entnommen; die Xifalmilcheinspritzungen wurden vom Hausarzt fortgesetzt, hatten jedoch bis heute (Anfang Sept. 1922) nicht den geringsten Erfolg.

Der zweite Fall, welcher mit Xifalmilchinjektion behandelt worden ist, betrifft einen 27 J. alten körperlich gesunden Fabrikbesitzerssohn G. G., der erblich belastet erscheint und seit dem 2. Lebensjahr an epileptischen Anfällen mit prae- und postepileptischen Dämmerzuständen leidet. Die Eltern hatten alle möglichen Mittel und Kuren teils im Hause teils in Anstalten einleiten und zu Ende führen lassen, aber stets war der Erfolg ausgeblieben. Seit 23. 9. 1913 befindet sich der Kranke in der hiesigen Anstalt. Allmonatlich traten 10—13 Krampfanfälle auf. Am 16. 5. 1922 wurde mit der Xifalmilchinjektion kombiniert mit Luminal in gleicher Weise wie bei dem vorigen Fall begonnen, und die Kur bis vor einigen Tagen (Sept. 1922) fortgesetzt. Leider ist auch in diesem Falle weder eine Besserung noch eine Heilung zu verzeichnen; die Krampfanfälle treten noch genau in derselben Zahl und in derselben Stärke auf, die Dämmerzustände scheinen von längerer Dauer zu sein.

Beide Fälle sind nicht allein von mir beobachtet worden; die übrigen Anstaltsärzte beteiligten sich daran, so daß an dem Mißerfolge der Xifalmilchinjektionen nicht zu zweifeln ist.

Ein glücklicher Umstand fügte es, daß ich vor kurzer Zeit den Jahresbericht der sächsischen Anstalt für Epileptische zu Hochweitzschen einsehen konnte. Ich fand in diesem Bericht die Angabe, daß man zwar in der Anstalt selbst Kranke mit Xifalmilch nicht behandelt hatte, daß aber wiederholt mit Xifalmilch behandelte Personen aufgenommen worden waren, die zwar seltener an Krämpfen litten, dafür aber in hochgradige Erregung verfallen waren und nun nach Aussetzen des Mittels ruhig und zugänglich wurden und ihre Reizbarkeit verloren.

Um es also kurz zu sagen: Xifalmilch heilt die genuine Epilepsie nicht, weder allein noch mit Luminal gleichzeitig verabreicht. Dahingestellt muß bleiben, ob die Kur nicht sogar eine Verschlechterung des Zustandes der Kranken hervorzurufen imstande ist. Wenn immer und immer wieder einem Mittel die Heilung der genuinen Epilepsie nachgerühmt wird, so handelt es sich aller Wahrscheinlichkeit nach in allen diesen Fällen um sogenannte periodische Epilepsien, deren ich oben Erwähnung getan habe.

Nach meinen Erfahrungen, die sich auf genaue anamnestische Daten gründen, ist die genuine Epilepsie Folge einer Infektionskrankheit, bei welcher die Keime sich in der Großhirnrinde angesiedelt haben. Die Ähnlichkeit der Krampfanfälle mit denen bei der Dem. paral. weist schon darauf hin. Niemand hat bis vor wenigen Jahren es für möglich gehalten, daß bei der Dem. paral. die Spirochäten die Großhirnrinde durchsetzen, bis die wundervollen Präparate *Jahnels* auf der letzten Psychiaterversammlung in Dresden uns eines anderen belehrten. So wird sich auch allmählich die Erkenntnis durchringen, daß die genuine Epilepsie die Folge einer Ansiedlung von Keimen in der Großhirnrinde ist. Welcher Art diese Keime sind, muß die Zukunft ergeben; sind sie gefunden, dann wird sich auch das Mittel finden lassen, das die genuine Epilepsie heilt. Bis dahin werden wir auf die Brombehandlung der Fallsucht nicht ganz verzichten können.



Über Psychopathen in Dementia-praecox-Familien[1]).

Von

Adolf Schneider.

Rüdin, *Jolly*, *Wittermann* und *Medow* waren durch eingehende Untersuchungen über den Erbgang bei der Dementia praecox zu dem übereinstimmenden Ergebnis gelangt, daß sich diese, wenn überhaupt eine Anwendbarkeit der *Mendel*schen Regel in Frage kam, nach dem rezessiven Typ vererbe. Hierfür sprach das häufige Auftreten der D. p. aus einem anscheinend freien D.-p.-Zustand bei der Aszendenz, ferner das Überwiegen der indirekten kollateralen Vererbung, das „Abreißen" der Anomalie in der direkten Linie (*Hoffmann*). Während bei der Dominanz einer Anomalie diese sich von Geschlecht zu Geschlecht kontinuierlich weitererbt, findet man in dem reichlichen Material der genannten Autoren immer wieder das Fehlen der direkten Übertragung und Belastung in den Seitenlinien. Oft findet sich auch hier keine psychotische Belastung. Man muß für diese Fälle annehmen, daß in der weiteren Verwandtschaft oder in früheren Generationen Psychosen vorgekommen sind, die bei der Schwierigkeit der Forschung auch den eingehendsten und sorgfältigsten Nachforschungen entgangen wären. Andererseits besteht die theoretische Möglichkeit, „daß bei einer relativ kleinen Kinderzahl die betreffende Keimkombination zufällig nicht realisiert worden ist" (*Hoffmann*). Für einen rezessiven Erbgang spricht fernerhin die Tatsache, daß in weitverzweigten Stammbäumen ein „kettenförmiges" Zusammenhängen der D.-p.-Familien sich zeigt, und daß eine ganze Reihe von Erkrankungen auf einen Ursprung in der Aszendenz zurückgehen. Im übrigen haben *Rüdin* und neuerdings auch *Hoffmann* in genauen statistischen Berechnungen an

[1]) Aus der Psych. und Nervenklinik der Univ. Frankfurt a. M. (Dir.: Prof. Dr. *Kleist*).



Hand ihres Materials die rezessive Form der Vererbung für die D. p. wahrscheinlich gemacht. Diese streng statistischen Berechnungen führten weiterhin zu der Annahme, daß es sich bei dem rezessiven Erbgang um den dihybriden Modus handele, d. h. daß zwei voneinander unabhängig spaltende Faktoren miteinander korrespondieren. Bezeichnet man das dominante Faktorenpaar mit A und B, das rezessive mit a und b, so würde die Kombination aabb eine D. p. bedeuten, AABB dem völlig gesunden Zustande entsprechen. Die übrigen möglichen Kombinationen ABAb, ABaB, ABab, AbAB, AbAb, AbaB, Abab, aBAB, aBAb, aBaB, aBab, abAB, abAb, abaB ergäben Heterozygoten, die äußerlich gesund sind, aber mehr oder minder keimkrank wären. Es beständen demnach 15 Möglichkeiten der Entstehung von nichtpsychotischen Individuen, gegenüber einer zur Entstehung von kranken Personen. Diese Ergebnisse der *Rüdin*schen Forschungen, verbunden mit der oben erwähnten Erörterung *Hoffmanns*, erklären die große Zahl von äußerlich gesunden Mitgliedern in D.-p.-Familien.

Neuerdings hat *Lenz* die Hypothese eines andern Erbgangs der D. p. aufgestellt, indem er für die Psychose eine homozygot-dominante Vererbung annimmt, während die weiter unten zu besprechenden Schizoiden den hetero-zygot-dominanten Zustand der Erbanlage darstellten. Für die *Lenz*sche Hypothese muß man annehmen, daß die dominante schizophrene Teilanlage bei den Eltern einer D. p. nur so schwach im Phänotyp zum Ausdruck kommt, daß sie der Untersuchung praktisch entgeht. Eine Entscheidung, ob rezessiver oder dominanter Erbgang im Sinne von *Lenz* vorliegt, soll hier nicht gefällt werden. Jedenfalls scheint die Annahme, daß bei der D. p. ein rezessiver Erbgang vorliegt, nicht widerlegt.

Einleuchtender ist die Lehre von *E. Kahn*, nach der die Schizophrenie zwar einem rezessiven Erbgang folgt, aber nur entsteht, wenn zugleich eine schizoide Anlage vorhanden ist, die ihrerseits dominant vererbt wird. *K.* spricht demgemäß von einer rezessiv-dominanten Vererbung der Schizophrenie.

Die Heterozygoten, die ja für die Weitervererbung eine große Rolle spielen, sind, da sie phänotypisch gesund erscheinen, für uns bisher nicht zu erkennen. Man kann es keinem der Verwandten von D.-p.-Kranken ansehen, ob er hetero-zygot oder homozygot-dominant ist.

Schon lange hat man gesehen, daß in D.-p.-Familien öfters abnorme Charaktere vorkommen, die jedoch nicht als vollgültige Erkrankung anzusehen sind.



Berze bespricht in seinem Buch „Die hereditären Beziehungen der D. p." (Leipzig-Wien 1910) eingehend diese Beobachtungen. Er findet, „daß das Maß an Einsichtslosigkeit, Unbelehrsamkeit, Affenliebe, Überempfindlichkeit, kurz abnormen Wesens, welches die Aszendenz und die Geschwister unserer Praecox-Kranken oft zeigen, über das durchschnittliche Maß weit hinausgeht, und daß der Fall, daß beide Elternteile keinerlei psychische Abnormität aufweisen, entschieden der seltenere ist."

Kraepelin beschreibt seine Beobachtungen in seinem Lehrbuch: „Ganz besonders häufig, namentlich beim männlichen Geschlecht, wird erwähnt, daß es sich um Kinder handele, die stets ein stilles, scheues zurückgezogenes Wesen zeigten, keine Freundschaften schlossen und für sich lebten. In zweiter Linie, mehr bei Mädchen, wird über Reizbarkeit, Empfindlichkeit, Aufgeregtheit, Nervosität berichtet, daneben über Eigensinn und Neigung zur Bigotterie. Sodann ist eine kleine Gruppe von Kindern bemerkenswert, die von Jugend auf träge, arbeitscheu, unstetig, zu schlechten Streichen geneigt waren, nirgends aushielten und dann auch zu Landstreichern und Verbrechern wurden." *Bleuler* weist in „Mendelismus bei Psychosen speziell bei der Schizophrenie" auf eine besondere Gruppe hin: Paranoide, aktive Erfinder, Verbesserer aller möglichen Zustände, Verschrobene, sich als benachteiligt Fühlende, diskussionsunfähige Querköpfe.

Einige Jahre später als *Berze* hat sich *Medow* eingehend mit den Psychopathen in D.-p.-Familien befaßt. Es fiel ihm darunter ein großer Teil auf, der vornehmlich Abnormitäten in der Persönlichkeit und dem Charakter zeigte. Bei einem Teil dieser Fälle trat die Persönlichkeitsumwandlung erst im höheren Lebensalter auf, während ein anderer Teil „schon von Jugend auf oder doch seit dem Eintritt ins Erwerbsleben das Bestehen von Defekten bekundete". An Einzelzügen dieser Abnormitäten hebt *Medow* „Gemütsarmut und Roheit, moralische Minderwertigkeit, die sich besonders gegen die eigene Familie kehrte, Habsucht, Geiz, Jähzorn, Aberglaube, Arbeitscheu, Unstetigkeit und Haltlosigkeit" hervor. Für einen weiteren Teil der Psychopathien hält er neurasthenische Zustandsbilder für charakteristisch: Neigung zu Kopfweh und Ohnmachten, sonstige nervöse Schmerzen, Erreglichkeit. Eine weitere Gruppe fällt ihm durch Abgeschlossenheit und Zurückgezogenheit auf, Fälle, die er auf eine Schwäche gegen die Einflüsse der Außenwelt zurückführt.

Medow hält es für möglich, daß manche dieser Anomalien eine schleichende Form von D. p. darstelle, erklärt jedoch für die Mehrzahl der Fälle eine Gleichsetzung der psychopathischen Formen mit der Psychose nicht für angängig, und hält sie für den „Ausfluß der feineren, keimschädigenden Ursachen", die er auch für die Neuentstehung der D. p. verantwortlich macht.

Rüdin weist auf die biologische Bedeutung dieser Psychopathen hin, die er sehr vorsichtig zu den verschiedenen Typen der Heterozygoten in Parallele setzt.

Hoffmann hat dann neuerdings in seinen „Studien über Vererbung und Entstehung geistiger Störungen" (Berlin 1921) diesen Gedanken *Rüdins* wieder aufgenommen. Er hat bei seinen Deszendenzuntersuchungen ein besonderes Augenmerk auf die Charakteranomalien in der De-



szendenz der D. p. gerichtet. Er folgte hierbei Ideen *Kretschmers*, der schon im Jahre vorher in seinem „Körperbau und Charakter“ die Persönlichkeitstypen der D.-p.-Familien zu differenzieren versucht hatte. *Kretschmer* hatte bei seinen Typen Züge gefunden, die in ihrem psychischen Verhalten an eine Analogie zu den von *Bleuler* aufgestellten Grundsymptomen der D. p. denken ließen. Er bezeichnete diese Menschen als „schizoide“ Psychopathen, während er für die Menschen, die die auffallenden Charakterzüge in weniger ausgeprägtem Maße zeigten, den Namen „Schizothymiker“ einführte.

Hoffmann differenziert auf Grund seines Materials die „schizoiden“ Psychopathen wieder in die Gruppen a) der Gemütsruhigen, b) der Gemütskalten, c) der Gemütsstumpfen, d) der Überempfindlichen und Reizbaren. Unter a) findet er überaus ruhige phlegmatische Menschen, die auch schwere Schicksalschläge relativ gelassen hinnehmen. Weiter trockene, nüchterne, passive, humorlose Naturen, ohne rechte Initiative, autistische, pedantische, in praktischen Dingen unerfahrene Gelehrte, ernste, stille, verschlossene, menschenscheue Sonderlinge. Unter b) verzeichnet er bissige, alte, verschrobene Jungfern, kühle, ablehnende und zurückhaltende, schließlich gefühlskalte Menschen. Bei c) trifft er haltlose, müßige Verschwender, ethisch und moralisch Stumpfe und Gleichgültige, auch Menschen, die durch eine mehr oder minder ausgeprägte Aktivität und rücksichtsloses Ignorieren der Gesellschaftsordnung ausgezeichnet sind.

Diesen 3 Gruppen, die er unter dem Begriff der mangelnden Resonanzfähigkeit des Gemütslebens, der Erlahmung und Erstarrung der Gefühlsregung zusammenfaßt, stellt er die folgende Gruppe gegenüber: Autistische, träumerische, hyperästhetische Schwärmer, exaltierte, mystische Schwarmgeister, andrerseits Reizbare, Querköpfe, expansiv Paranoide, Jähzornige.

Bei der außerordentlichen Ausdehnung des Begriffs „schizoid“ in den Arbeiten von *Kretzschmer* und *Hoffmann* liegt die Gefahr nahe, daß das Vorkommen von Schizoiden in D.-p.-Familien an Häufigkeit überschätzt wird. *Hoffmann* fand bei den Deszendenten seiner D. p.-Eltern in nicht weniger als 49 % schizoide Kinder. Es muß aber auffallen, daß sich unter den übrigen 51 % außer psychisch Gesunden noch andere Psychopathen befinden. Auch ergab die Sichtung des Materials der eingangs genannten andern Untersucher eine weit größere Zahl von nicht-schizoiden psychischen Anomalien in der Aszendenz, als es die Deszendenz-Untersuchungen *Hoffmanns* erwarten lassen.

Aus dieser Überlegung heraus wurden die D.-p.-Fälle der hiesigen Klinik bezgl. ihrer Aszendenz und Deszendenz eingehend untersucht. Vor allem galt es, möglichst objektiv festzustellen: Was für Psychopathien kommen in D.-p.-Familien vor? Welche davon stehen der Psychose symptomatologisch nahe, sind also Psychopathien, die man unter noch



zu erörternden Voraussetzungen als schizoide bezeichnen könnte? Ferner, welche anderen Psychopathien oder sonstigen psychischen Abnormitäten finden sich noch in D.-p.-Familien? Schließlich ist noch das Mengenverhältnis beider Gruppen zueinander zu erörtern. Sind die Schizoiden tatsächlich so häufig, wie man nach *Kretzschmer* und *Hoffmann* annehmen müßte?

Die Dementia praecox bildet ja im klinischen Sinne wahrscheinlich keine Einheit. *Kraepelin* selbst hat viele recht verschiedene Unterabteilungen geschaffen und beläßt gewisse paranoide Formen „(Paraphrenien") nur mehr in einem lockeren Zusammenhang mit der eigentlichen Dementia praecox. *Bleuler* spricht von den Schizophrenien, und *Kleist* faßt die einzelnen Krankheitsformen als „psychische Systemerkrankungen", als verschiedene Herddegenerationen auf (vgl. S. 419).

Es lag daher nahe, daran zu denken, daß die Formen der Psychopathien, die der Psychose in manchen Zügen näher standen, ebensowenig eine Einheit darstellten wie die Psychose selbst. Daß man also unter den „Schizoiden" die großen Abteilungen der endogenen Defektpsychosen wiederfände — in einzelnen Zügen oder Analogien —, die *Kleist* in eingehender Differenzierung als Katatonie, Hebephrenie, Schizophrenie (im engeren Sinne) und paranoide Defektpsychosen (Dem. paranoides, Halluzinose, progressive Beziehungspsychose, Phantasiephrenie) bezeichnet.

Die Bezeichnung der Schizoiden hatte *Kretschmer* gewählt, weil diese Psychopathen Züge zeigten, die den *Bleuler*schen Grundsymptomen seiner Schizophrenien entsprachen. Auf diese Analogien wird im weiteren noch des genaueren einzugehen sein. *Kraepelin* hatte schon früher darauf hingewiesen, daß sowohl Psychosen und Präpsychosen als auch Psychose und Psychopathie Ähnlichkeiten zeigten. „Manche leichtere Krankheitszeichen, die wir bei Besserung einer Dem. praecox zurückbleiben sehen, beobachten wir als persönliche Eigentümlichkeit schon lange vor Ausbruch der Krankheit, ferner bei Angehörigen der Kranken und auch bei andern Personen, die niemals schwere Störungen darbieten."

Auf eine möglichst eingehende Erhebung über die präpsychotische Persönlichkeit wurde deshalb Bedacht genommen.

1. Präpsychotische Persönlichkeiten.

Wegen dieser Ähnlichkeit der präpsychotischen und psychopathischen Bilder sei eine Schilderung und womöglich eine



Differenzierung der präpsychotischen Persönlichkeit vorausgeschickt.

Im Fall E. (I, Katatonie) hören wir von der Pat., daß sie von Kind auf stets etwas eigen war. Sie war schon in der Schule, in der sie nur schlecht mitkam, stets für sich. Sie spielte nicht mit den Kindern und war früh schon eigenbrödlerisch. Als Modistin im Geschäft sehr fleißig. Hatte nie ein rechtes Verhältnis zu ihren Kolleginnen. War verschlossen, oft einsilbig, mißtrauisch. Glaubte, daß man sie auslache, weil sie nicht so schön angezogen sei.

Im Fall Sp. (III, Katatonie) sehen wir ein junges Mädchen, das in Schule, Haus und Geschäft gleich tüchtig war. Wieder erfahren wir, sie sei stets zurückhaltend gewesen, habe nie Freundinnen gehabt.

Der Fall V. (VIII, Katatonie) zeigt uns einen auffallend stillen Jungen, der zwar nicht leicht lernte, doch ungemein gewissenhaft war. Heranwachsend war er immer ernst, „viel zu ernst für sein Alter“. Er lachte selten einmal, hielt sich von seinen Kameraden und auch später von seinen Kollegen fern, ging seine eigenen Wege. Aus seiner Jugend hören wir von starker Onanie.

Im Falle W. (XIII, Katatonie) erfahren wir von einem Menschen, der als Kind recht ruhig war, schlecht lernte, sitzen blieb, später in untergeordneter Stellung ganz tüchtig arbeitete, fleißig, brauchbar und bei seinen Vorgesetzten beliebt war. Auffallend still und doch sehr empfindlich und reizbar charakterisiert ihn die Mutter.

Martina M. (XVI, Katatonie) war eine sehr begabte Schülerin. In der Schule wie auch später im Beruf übermäßig fleißig und strebsam. Sie hat sich von jeher alles sehr zu Herzen genommen, war leicht gereizt, gar empfindlich, trotzte gern. Oft starrköpfig. Sie hat nie Gesellschaft gesucht. Hat dagegen ein stilles, feines Verhältnis zu einer Freundin, die sie liebt „wie sonst nichts auf der Welt“.

In einem weiteren Fall Br. (XVII, Katatonie) war Pat. als Kind immer verschlossen, nie liebenswürdig. Sie erschien merkwürdig, hing abgöttisch an der Mutter, war übertrieben fleißig, schuftete in der Küche und setzte sich kaum zu Tisch. Sehr intelligente erstklassige Schülerin. Hochmusikalisch ohne jeden Unterricht. Verstand Deutsch tadellos, wollte es aber nicht sprechen, aus Furcht, sich zu blamieren. Hatte nie Umgang mit Freundinnen, schien stolz und hochmütig, hielt sich für besser. Dabei zuweilen Unwürdigkeitsgefühl, weinte, sie käme im Leben nicht weiter. Einseitiges Interesse für Geographie, dagegen mangelte ihr solches für andere, das Gefühlsleben ansprechende Dinge. Stimmung immer gleichmäßig ernst, ängstlich und schüchtern.

Luise K. (XIX, Katatonie), war immer für sich, wollte als Kind schon nie mit andern Mädchen spielen. In der Schule lernte sie weniger gut. Wurde Stenotypistin. War stets in demselben Geschäfte tätig. War tüchtig, ruhig und bescheiden. Ging nicht aus sich heraus. Peinlich gewissenhaft. Gar leicht beleidigt und übelnehmerisch. Empfindlich. Hatte nur eine Freundin, an der sie allerdings sehr hing.



Der auffälligste Charakterzug der soeben kurz skizzierten Persönlichkeiten, die früher oder später an einer Katatonie erkrankten, ist ihr stilles, ruhiges zurückgezogenes Wesen, ist ihre **Ungeselligkeit**, ihr Sichabschließen von der Umgebung, sei es mit einer gewissen feindlichen Stellungnahme, die sich auch durch Mißtrauen äußert, sei es deshalb, weil sie mit sich und ihrer Berufsarbeit gerade genug zu tun haben, sei es endlich auch ein Sichverkriechen vor der Welt, weil man zu empfindsam für die Realitäten des Lebens ist. Daneben zeigen alle ein geschäftiges Leben, nicht immer eine allzugroße Fähigkeit, aber eine andauernde und nachdrückliche Arbeitsamkeit.

Diese Charakteristika decken sich mit der Schilderung von präpsychotischen Persönlichkeiten, die *Kraepelin* gibt. Er fand „Kinder mit stillem, scheuem, zurückgezogenem Wesen, ferner, besonders bei Mädchen, Reizbarkeit, Empfindlichkeit, Eigensinn, Neigung zu Bigotterie, schließlich Knaben, die sich durch Lenksamkeit, Gutmütigkeit, ängstliche Gewissenhaftigkeit und Fleiß auszeichneten und als Muster von Bravheit sich von allen Unarten fernhielten".

Dieses scheue, stille, zurückgezogene, eigensinnig-starrköpfige Wesen klingt ja fraglos an das spätere stuporöse und negativistische Verhalten dieser Menschen an. Und ihre Reizbarkeit und Empfindlichkeit wie ihre leicht aufbrausende Natur erinnern immerhin an abrupte, unmotivierte Erregungszustände der späteren Katatoniker.

Gerade diese Mischung von ruhigem, stillem, zurückgezogenem Wesen mit starker Empfindlichkeit, die sich auch bei gewissen Psychopathen findet, wird später noch eingehend zu erörtern sein.

Der auffallendste Zug dieser ungeselligen Präpsychotiker ist, um mit *Bleuler* zu reden, der Autismus.

Differenzialdiagnostisch sind diese Autisten oft schwer abzugrenzen gegenüber den Zykloiden und den Manisch-Depressiven. Auch diese depressiven Naturen führen gern ein zurückgezogenes Leben. Doch sind sie bei all ihrer Ruhe und ihrer Zurückhaltung nicht abgeschlossen und feindselig, nicht negativistisch.

Eine **andere Gruppe** unter den präpsychotischen **Persönlichkeiten** zeigt schon von früh auf ein **abnormes gemütliches Verhalten**. Sei es, daß ihnen die feineren gemütlichen Regungen fehlen, die in allmählicher Steigerung auch dem heranwachsenden Menschen eine gewisse Festigkeit und Stetigkeit geben, sei es, daß von vornherein an Stelle von Mitleid, Mitgefühl und Güte Gleichgültigkeit, Lieblosigkeit und gemütliche Stumpfheit vorherrschen. Dazu kommt ein **Mangel an Kraft und Stetigkeit des Willens**.



Herrmann O. (VI, Hebephrenie), der 20 j. erkrankte, war ein mäßiger Schüler. Er besuchte die Mittelschule, kam dann ins Gymnasium. Auch hier lernte er leidlich, die Mathematik fiel ihm schwer. Er mußte stets zu jeder Arbeit getrieben werden. Dabei war er kein wilder Knabe, saß viel untätig umher, onanierete früh und stark. Auf dem Gymnasium blieb er bis zum Einjährigen, wollte anfangs das Abitur nicht machen, Blieb damals viel im Bett liegen. Las viel, war noch phlegmatischer, wie er es sonst schon immer war. Schließlich zwang man ihn, doch weiter zur Schule zu gehen. Er bestand auch sein Examen. Ging dann zur Erlernung der Landwirtschaft aufs Land, war auf mehreren Gütern tätig, ohne es lange irgendwo auszuhalten. Er selbst hatte zur Bank gehen wollen; sein Vater, auch eine stark psychopathische Persönlichkeit, dachte ans Studium. Da er sich nicht entschließen konnte, viel zu Hause herumlag, recht absurde Ideen äußerte, wurde ein Psychiater konsultiert, der vorschlug, ihn in der Landwirtschaft unterzubringen. Bald danach kam er in die hiesige Anstalt.

Das Hervorstechendste bei diesem präpsychotischen Bilde ist das Fehlen der Strebsamkeit, der Initiative und Stetigkeit. Die gemütliche Anomalie zeigt sich hier in der Gleichgültigkeit, man möchte sagen in seiner „Wurstigkeit". Im Vordergrunde des jetzigen Krankheitsbildes steht denn auch das Fehlen adäquater Affekte, ein albernes, läppisches, ungeniertes Benehmen.

Martha Lc. (XV, Katatonie), war als Kind schon schwierig, traute den eigenen Angehörigen nicht. Hatte nie Lust zum Arbeiten. War sehr leicht ablenkbar. Konnte leicht aufbrausen und heftig werden. Ausgesprochen lieblos, vor allem ihrer eigenen Familie gegenüber. Sehr empfindlich, konnte keinen Zwang ertragen. Sie erkrankte relativ spät an einer Katatonie, anfangs mit ängstlich-einförmiger Erregung.

Auch hier tritt uns wieder ein von Jugend auf bestehender Defekt des Gemütslebens und der Initiative entgegen. Nicht nur nimmt sie keinen Anstoß an ihrem untätigen, asozialen Leben, sie hat nicht einmal ein Gefühl von Dankbarkeit für ihre Eltern, bei denen sie lebt. Im Gegenteil kehren sich ihr Mißtrauen und ihre Boshaftigkeit gerade gegen die eigene Familie. Eine schwer zu behandelnde boshafte kalte Jungfer, die als hysterisch galt.

In andern Krankengeschichten liest man von Kranken, oft Hebephrenen, die präpsychotisch jähzornig und grob waren, und sich zu ganz sinnlosen und gefühllosen Taten hinreißen ließen.

Diese Fälle stimmen mit den Beobachtungen *Kraepelins* überein, der unter den präpsychotischen Persönlichkeiten Menschen fand, die träge, arbeitscheu, unstetig und zu schlechten Streichen geneigt waren, es nirgends aushielten und dann auch zu Landstreichern und Verbrechern wurden.

Der Defekt des Gemütslebens und der Initiative läßt daran denken, daß diese Fälle — teilweise werden sie es klinisch — in enger Beziehung zur Hebephrenie, der exquisit gemütlichen Verblödung, stehen. Man kann sie unter diesem Gesichtspunkt als heboide Persönlichkeiten bezeichnen.

Will man ihre Eigenheit unverbindlich mit einem Stichwort kennzeichnen, so kann man von „Gemütsfalschen" reden. Falsch geartet ist ihre Affektivität in jedem Falle, mag sie nun leer und stumpf oder roh und brutal sein.

Eine weitere Gruppe präpsychotischer Persönlichkeiten sollen nachfolgende Fälle skizzieren.

Marie Sch. (II, Schizophrenie) leidet schon von Kindheit an viel an Kopfschmerzen. War immer etwas aufgeregt, launisch, duldet keinen Widerspruch. Später eine typische Schizophrenie mit starker psychomotorischer Unruhe, Inkohärenz des Gedankengangs, lebhaften Halluzinationen, dabei mit bedeutender Herabsetzung der Urteilsfähigkeit und der Orientierung.

Wilhelm Gr. (XI, Schizophrenie). Mittelmäßiger Schüler, war als Kind etwas widerspenstig und jähzornig. 3 J. Elektrotechnik gelernt. Dann trieb es ihn von Hause fort. Er ist viel gereist und einige Jahre auf See gefahren. Ging dann, da er eine gute Stimme zu haben glaubte, zum Theater. Machte den Krieg mit, 1916 in Polen verwundet. Besuchte dann 2 J. lang eine elektrotechnische Fachschule. Von da ab abwechselnd, ohne es lange irgendwo auszuhalten, am Theater oder in einer elektrotechnischen Firma tätig. Von jeher nervös. Er erkrankte endlich an einer Schizophrenie mit vorwiegend sprachlichen Störungen, Wortneubildungen und Paralogismen.

Ottilie Droop (Schizophrenie). War begabt, lernte sehr fleißig in der Schule, hatte großes Talent für Sprachen. Kam infolge Familienverhältnisse schon jung weit in der Welt umher. Wollte studieren, besann sich dann eines andern, wurde Sekretärin in einer kaufmännischen Firma. Entschloß sich, 18 j., plötzlich, Erzieherin bei einer Familie in Moskau zu werden. Als solche 2 J. tätig. Dann in England und Frankreich im kaufmännischen Beruf arbeitend. Es hat sie nie lange gehalten. Der Krieg, der sie 1914 in Paris überraschte, brachte sie erst recht aus dem Gleise. Sie wurde ausgewiesen, blieb eine Zeitlang in Spanien und Holland und landete schließlich in Hamburg. Hospitierte dort, 25 j., am Kolonialinstitut. Sie interessierte sich sehr für Landwirtschaft, machte den Reichsstellen alle möglichen Vorschläge zur Förderung des deutschen Ackerbaues, die alle zu unklar waren, um ausführbar zu sein. Von jeher war sie eigenwillig, leicht aufgeregt, fing alles mögliche an. War unklar in ihren Anschauungen, sprunghaft in ihrem Denken. Einmal religiös-kirchlich, dann Anhänger Nietzsches, um schließlich wieder begeisterte Gläubige zu werden. Im August 1918 schnitt sie sich plötzlich das Haar ab, um es für eine Fahnenstange einzutauschen. Kurze Zeit darauf kam sie in die Anstalt.

Bei dieser Gruppe zeigt sich eine abnorme Reizbarkeit, Launenhaftigkeit, Sprunghaftigkeit, Unstetigkeit, Wechsel in den Entschlüssen und Anschauungen. Diese Leute gelten draußen als Menschen, mit denen nicht gut Kirschen essen ist, sie haben ihren eigenen Kopf. Sie halten nirgends aus, da sie



immer wieder etwas anderes wollen. Man wird sie mit dem Kennwort „Unklare“ versehen und wegen ihrer symptomatischen Verwandtschaft als „schizoide Persönlichkeiten im engeren Sinne“ bezeichnen können. Bemerkenswert ist bei ihnen die Häufigkeit hysterischer Reaktionen, die wohl auf die Beimischung einer hysterischen, reaktiv-labilen Konstitutionskomponente hinweist. Bei einem andern Falle waren phantastische und hysterische Züge der schizoiden präpsychotischen Persönlichkeit beigesellt:

Kr. (XX, Katatonie) zeigt sich als ein lebhafter, etwas leicht erregbarer Junge, der schon von früh auf Neigung zu Phantastereien bekundete und sich auch später oft und gern noch in seiner Phantasiewelt ergeht. Er hat eine gewisse schauspielerische Begabung, liebt die theatralische große Geste. Seine Ziele und Strebungen liegen etwas über seinem Milieu, sicher ein Grund mit, daß er öfters straffällig wird. Er offenbart eine Haltlosigkeit dem Trunk gegenüber. Reagiert auf Erlebnisse gern mit hysterischen Erregungszuständen. Äußerlich ging es leidlich bis zu seinem 36. Lebensjahr. Es fiel nur auf, daß seine Erreglichkeit sich oft bis zum Jähzorn steigerte und zur sinnlosen Wut, die alles zerschlägt, ausartete. Seit seinem 36. Jahr beginnen dann einige katatone Züge deutlich zu werden: er läßt nach in der Arbeit, ist verstört und wird durch sein Gebahren auffällig. Ein Erregungszustand, der auch etwas hysterisch gefärbt ist, und in dem die Gesten und Faxen trotz ihrer Einförmigkeit doch noch etwas Theatralisches und Gemachtes haben, eröffnet dann schließlich das katatone Krankheitsbild.

Urstein hat in seinem Buche: „Katatonie unter dem Bilde von Hysterie und Psychopathei“ einzelne solcher Fälle beschrieben, bei denen sich die Defekterkrankung unter dem Bilde der Hysterie lange verbarg. Meist aber zeigte sich auch bei seinen Fällen schon stets irgendein Symptom, das als typisch für die „Schizoiden“ zu gelten hat. Oder die Aszendenz und die Geschwisterreihe solcher Kranken wies doch eigentümliche, verschrobene, reizbare, eigensinnige, einsichtslose und rechthaberische Menschen auf. In dem vorliegenden Fall erscheint die mit den Jahren sich steigernde abnorme Reizbarkeit seine Einreihung unter die Gruppe der Schizoiden präpsychotischer Bilder zu gestatten.

Bei dieser letzten Gruppe von präpsychotischen Persönlichkeiten finden sich wohl mancherlei Analogien zu den unsinnigen, sprunghaften Handlungen und zu der formalen und inhaltlichen Verworrenheit der Schizophrenie im engeren Sinne (*Kleist*).

Bleuler weist auf eine weitere Gruppe hin. Er nennt Paranoide, aktive Erfinder, Verbesserer aller möglichen Zustände und Verschrobene. Man wird diese Typen als Verbohrte oder Paranoide zusammenfassen dürfen. Ist doch gerade ihre wahnhafte Deutung der Umwelt der



Grund zu ihren andauernden nutzlosen Weltverbesserungsvorschlägen und Reformplänen ebenso wie zu den fortgesetzten Erfindungen, die fast stets den Fehler haben, daß sie technisch nicht brauchbar sind.

Weiter fand *Bleuler* des öfteren noch Menschen, die sich leicht benachteiligt fühlen, die überall eine Beeinträchtigung ihrer Person oder Sache sehen und dann in querulatorischer Weise um ihr vermeintliches Recht streiten.

Diese Verbohrt-Paranoiden sind aber offenbar trotz gewisser Ähnlichkeit nicht dieselben Naturen wie diejenigen, die *Kleist* als vorpsychotische Charaktere seiner Fälle von Involutionsparanoia gefunden hat. Die hyperparanoischen Konstitutionen waren durch ihre starke Affektivität, ihr stets reges Mißtrauen, ihr hochgeschwelltes und empfindliches Selbstbewußtsein ausgezeichnet und von den mehr fanatisch-verbohrten Paranoiden unterschieden. Übrigens haben die Fälle der *Kleist*schen Involutionsparanoien auch keine Erbbeziehungen zum schizophrenen, sondern zum zirkulären Formenkreise. Wenn *Hoffmann* bei Kranken mit „präsenilem Verfolgungswahn" hereditäre Verwandtschaft zu schizophrenen Erkrankungen fand, so dürften das andere Krankheitsbilder als Involutionsparanoia gewesen sein.

Erscheinen einem so die präpsychotischen Persönlichkeiten in recht verschiedenartiger Gruppierung, so muß doch auch darauf hingewiesen werden, daß diese Formen in vielfach wechselnden Bildern mannigfach ineinander übergehen, eine Tatsache, die man sowohl von den sonstigen Psychopathien wie auch von den einzelnen Krankheitsformen der Dementia praecox gewöhnt ist.

Die vorausgehenden Überlegungen und Erörterungen bezüglich einer weitgehenden Anlehnung der präpsychotischen Bilder an die psychotischen ließen daran denken, daß ursprüngliche Persönlichkeit und Psychose eine Einheit bildeten. Die weiteren Feststellungen aus der Literatur sowie die Ergebnisse dieser Arbeit, die einige Persönlichkeiten kennzeichnen wird, die mit diesem präpsychotischen Charakter übereinstimmen, ohne im übrigen je krank gewesen zu sein, genügen jedoch zu einer andern Auffassung.

2. Psychopathen in Dementia-praecox-Familien.

Es wäre nun zu betrachten, inwieweit die in den Dementia-praecox-Familien gefundenen Psychopathen mit den vorhin charakterisierten Gruppen der Präpsychotiker übereinstimmen.



Philipp M. (XVI, 9, Vater einer Katatonie), 43 J. alt, war ein mittelmäßiger Schüler. Nach der Schulentlassung arbeitete er im Steinbruch und der Landwirtschaft, war eine Zeitlang Hüttenarbeiter in Lothringen, wurde dann Soldat. Später verheiratet, ging dann zur Berufsfeuerwehr, infolge Unglücksfall jetzt bei der Stadt am Rathaus angestellt. Er gibt selbst an, er sei von jeher ein Sonderling gewesen. Er habe immer den Wunsch gehabt, mit den Brüdern mitzutun, habe es aber nie gekonnt. Freunde habe er nie gehabt, habe auch keine Feinde. Er lebe still für sich. Habe Freude an der Natur, besonders an seinem Garten. Die ihm von seiner Berufsarbeit übrigbleibende Zeit benutze er zu Spaziergängen und besonders zu Gartenarbeit. Er sei kein Vereinsmensch, dort ginge es ihm zu unruhig zu. Mit Politik beschäftige er sich nicht. Er hänge viel seinen Grübeleien nach. Bei aller äußeren Ruhe sei er doch sehr empfindlich, könne auch leicht einmal jähzornig werden. Von Jugend auf sei er arg starrköpfig gewesen.

Seine Schwester Maria M. (XVI, 2), 58 J. alt geworden, war ein fleißiges, brauchbares Dienstmädchen auf dem Lande, kam wenig heraus. War immer still und für sich. Auch nach ihrer Verheiratung. Ihre Affektlage war gelassen, gemütlich, nach außen hin wenig zugänglich. Dabei recht empfindlich, leicht gekränkt.

Diese beiden Menschen weisen einige Charakterzüge auf, die denen der Tochter Martina M. (Katatonie) gleichen. Alle drei sind meist still und für sich, ihr Leben drängt nicht nach außen. Die eine ist wenig zugänglich, der andere wohl ansprechbar, aber ohne wesentliche reale Interessen, die Tochter lebt nur für den Beruf. Bei aller äußeren Kälte und Gelassenheit hört man doch von einem feinen, vielleicht hypersensitiven Innenleben. Sie sind alle sehr empfindlich, einmal leicht gekränkt, einmal jähzornig, ein andermal nachtragend. Sie leben alles anscheinend in sich hinein. Die eine grämt sich jahrelang um ihren trunksüchtigen Mann ohne ein Wort der Klage, ohne sich jemals auszusprechen. Der andere hängt seinen Grübeleien nach, hat Freude an der Natur und sucht sich in einem stillen und etwas beschaulichen Eigenleben für das zu entschädigen, was das Leben ihm versagt. Er spricht es selbst spontan aus, er habe stets den Wunsch gehabt, mit den andern zu leben, habe sich jedoch nie so geben können. Die Tochter, sonst zurückhaltend und abweisend, hat eine stille, zärtliche Freundschaft. Bei dieser feinen Empfindsamkeit sind alle drei äußerst starrköpfig. Der Vater tyrannisiert oft die Seinen, die er sehr liebt, die Tochter trotzt den Eltern tagelang, spricht kein Wort, grüßt nicht einmal.

Diese Persönlichkeiten bieten ein Analogon zu jener feinen Beobachtung *Kretschmers*, die er beschreibt: „Schizoide Menschen, auch einfacher Herkunft, sind überaus häufig Natur- und Bücher-



freunde, und sie sind es mit einer gewissen elektiven Betonung. Sie sind es aus Flucht vor den Menschen und aus Hinneigung zu allem, was still ist und nicht weh tut. Bei manchem hat diese Hinneigung etwas direkt Kompensatorisches. Alle reizsame Zärtlichkeit, deren sie fähig sind, und die die Menschen zurückstoßen, wird verschwenderisch über die schöne, stille Natur ausgeschüttet.“

Karl M. (Sohn einer Schizophrenie), Bankbeamter, ist ein 25 j. junger Mann, mit guten Manieren, etwas weichlichen Zügen. Er kommt wegen Eukodalabusus in hiesige Behandlung. Über seine Lebensgeschichte macht er folgende Angaben: Er war ein stiller Junge, den es wenig zu den Kameraden zog, der sich dagegen eng an seine Mutter (Schizophrene) anschloß und schon früh deren Vertrauter wurde. Er litt mit ihr, wenn sie von ihrem Ehemann, einem ganz gefühlsrohen Menschen, mißhandelt wurde, er haßte den Vater. Gelernt hat er gut. War früh reif. Stand in seinem Denken der Mutter näher als den Geschwistern. Schon früh entwickelte sich bei ihm ein Hang zur Träumerei, zur schwärmerischen Mystik. Märchen waren seine liebste Lektüre, eine Messe (er selbst ist Protestant) mit ihrem feierlichen Gepränge ließ ihn erschauern. Er las viel, immer wieder sind es die Bücher, deren Ton aufs Feierliche gestimmt ist, die sich in dunklem, mystischem Gedanken an das Unfaßbare herantasten. Früh hängt er seltsamen Gedanken nach. Die Entstehung des Menschen erscheint ihm in ihrer körperlichen Sinnlichkeit als etwas Unheiliges und Unreines. „Die unbefleckte Empfängnis“ ist ihm das einzig Heilige. So lebt er ohne die Welt, recht arbeitsam in der Welt, doch immer mehr stößt ihn diese von sich ab. Er flieht zu Baudelaire, immer mehr zum schönen Traumleben, nimmt schließlich gleich Baudelaire seine Zuflucht zur Narkose. Er greift zu Eukodal, Morphium und Kokain, bis er schließlich erschöpft ist und seinem Berufe nicht mehr nachgehen kann. Ein Mensch, der von Jugend an wenig Anpassung an das Leben zeigte und sich immer mehr in sein erdachtes Land der Träume, der Phantasie und der feierlichen Mystik zurückzog.

Frau Sch. (II, 4, Mutter einer Schizophrenie), ging mit 14 J. von Hause weg. War viele Jahre in derselben Stellung. Erst mit 30 J. geheiratet. War sehr tüchtig im Haushalt und Wirtschaft. Arbeitsam und ruhig. Gut zu den Kindern. Lebte sehr zurückgezogen. Sei auch in ihren jungen Jahren wenig und selten ausgegangen. Sie war gar empfindlich und leicht verletzt; leicht etwas nachtragend.

Ihr Bruder, Leonh. Fl. (II, 5) ist Diener. Von jeher sehr ernst. Man achtet ihn sehr in seiner Stellung, da er äußerst gewissenhaft ist. Frühzeitig die Frau verloren, hat 4 Kinder. Nicht wieder geheiratet. Er wird als verschlossener, wenig mitteilsamer, ungeselliger Mensch geschildert. Eine Tochter desselben (II, 6) ist Krankenpflegerin. Sie ist stets für sich gewesen und ihre eigenen Wege gegangen. Äußerst gewissenhaft.

Margarete W. (V, 15, Schwester einer Katatonie), 30 J. alt, von Jugend auf etwas eigen, etwas reserviert. War lange Zeit in einem Pfarrhaus als Stütze. Dort in einer gewissen feierlichen Abgeschlossenheit,



fühlte sie sich wohl. Sie hielt sich von den Geschwistern zurück. Intelligent, ernst, strebsam, ehrgeizig. Sehr religiös. Wollte Diakonissin werden. Seit 2 Jahren Schwester in einem hiesigen Hospital. Sie fühlt sich verletzt, weil man sie durchs Telephon zur Anstalt bestellt. Glaubt, daß die Erkrankung ihres Bruders ihr in ihrem Vorwärtskommen hinderlich sein könnte. Sie hat kein besonders gutes Verhältnis zu ihren Patienten, ist aber sehr gewissenhaft.

In letzteren Zügen zeigt sich ein deutlicher Gegensatz zu ihrer leicht hypomanischen Schwester, die auch Krankenschwester war. Diese wird in einem Zeugnis als mitfühlende, stets tätige, aufheiternde Schwester geschildert. Ihr Verhältnis zu den Kranken war weniger durch Ehrgeiz als durch ein natürliches Mitgefühl bedingt und war deshalb auch ein herzliches.

Die Reserviertheit, von der man in diesem Falle hört, und die sich besonders auch auf das Verhältnis zu ihren Geschwistern erstreckt, hat hier noch ihren besonderen Ton.

Es ist nicht die leichte Verwundbarkeit, die Überempfindlichkeit, die die Familie M. zeigt, auch nicht eine einfache Ungeselligkeit, es kommt noch ein „Besserseinwollen" hinzu, ein Charakterzug, der für den Durchschnittsmenschen etwas Unsympathisches an sich trägt.

Wiederum *Kretschmer* ist es, der diesen Zug festgehalten hat in seiner Schilderung der schizoiden Temperamente: „Das Aristokratische gewisser schizoider Naturen kommt auch bei einfachen Naturen in seinem Bedürfnis nach Distanz, einem betonten Anders- und Besserseinwollen gegenüber den Mitbürgern zum Ausdruck."

Dieser Wesenszug wird noch in einem weiteren Falle deutlich ausgesprochen mitgeteilt.

Frau O. (VI, 9, Großmutter einer Hebephrenie) hielt sich immer sehr reserviert, hat ohne Grund stets auf andere herabgesehen. War sehr empfindlich, leicht gekränkt. Gegen ihre Kinder allzu nachgiebig.

Die Hauptcharakteristika der vorstehend geschilderten Menschen seien noch einmal kurz zusammengefaßt.

Sonderlinge sind sie alle. Wohl ist keiner von ihnen im ausgesprochenen Sinne sozial minderwertig. Es liegt nicht in ihrer Art, nach außen auffällig zu werden, mit gesellschaftlichen Institutionen oder dem Strafgesetz in Konflikt zu kommen. Erst ungünstige äußere Verhältnisse, in denen sie sich unpraktisch, wie sie teilweise sind, nicht mehr zurechtfinden, können ihre soziale Unfähigkeit an den Tag bringen.

Stille, für sich lebende Naturen waren es, die ganz in ihrem Beruf aufgehen. Nur für ihre Idee, die sie als heiliges Erlebnis in sich tragen, können sie ihre sonstige Zurückhaltung beiseite setzen



und aktiv werden. Man hat sie gern, weil sie fleißig und treu sind, und doch findet man kein Verhältnis zu ihnen. Man merkt ihnen an, sie haben noch etwas anderes, sie leben in einer andern Welt, sie sind reserviert. Wegen dieser Reserviertheit wird im Falle W. die Schwester so unsympathisch, während ihre Schwester im gleichen Beruf aufheiternd und gesundmachend wirkt. Dieses reservierte Benehmen entspringt nicht nur einer gewissen Gleichgültigkeit dem realen Leben gegenüber, sondern alle diese Menschen sind übermäßig empfindlich, sie sind leicht verstimmt, hängen an erlittener Unbill, tragen lange nach, oder sie sind von vornherein mißtrauisch. Aus dieser feindlichen aggressiven Einstellung erklärt sich vielleicht ihr oft ungenügend motivierter Jähzorn.

Sie sind gewissenhaft, oft aufs Peinlichste genau, manchmal pedantisch.

Sie sind meist phantasiebegabt und geben sich leicht ihren Träumereien hin.

Auch ihre Frömmigkeit hat leicht etwas Verschwommenes, Unklares. „Ihre Religion neigt zum Mystisch-Transzendentalen." Sie zeigen dabei eine Verwandtschaft mit den auch außerhalb der Dementia-praecox-Familien vorkommenden phantastischen Psychopathen.

Bei aller äußeren Verschiedenheit gemeinsam ist ihnen wie den zuerst geschilderten Präpsychotischen die Ungeselligkeit, der Autismus. Der Autismus, wie ihn *Bleuler* als Symptom der Schizophrenie herausgearbeitet hat, bedeutet ja ein dem Negativismus verwandtes „Sichabschließen", „Sichverkriechen", bedeutet ein Denken, das die Widersprüche mit der Wirklichkeit unberücksicht läßt. Autismus ist auch ein „Insichhineinleben".

Die Gruppe der Psychopathen, von denen im folgenden die Rede sein soll, stimmt mit der oben an zweiter Stelle geschilderten Gruppe der „Gemütsfalschen" überein und zeigt wie diese Analogien zu der Hebephrenie. Es lag daher nahe, diese Menschen in Anlehnung an *Kahlbaum* auch als „Heboide" zu bezeichnen.

Heinrich W. (V, Vater einer Katatonie), Landwirt, war eine überaus gemütsruhige Natur. Über nichts regte er sich auf. Eigenes oder fremder Leute Unglück ließen ihn kalt. Sein Haus brannte ihm ab; obwohl er dadurch pekuniär schwer geschädigt war, nahm er das, so versichert die Tochter, mit einer geradezu erschreckenden Gemütsruhe hin. Seine Gemütslage war stets ernst, er sucht keine Geselligkeit, keine Vergnügungen. War jedoch gesprächig und freundlich. Nach dem Brande hat er



sich durch große Sparsamkeit und zähen Fleiß bald wieder emporgearbeitet. Er verstand es, alles zu Gelde zu machen, war auch in seinem geschäftlichen Umgang kalt und rücksichtslos. Er hielt stets auf peinlichste Ordnung und Sauberkeit.

Wilhelm V. (VIII, Vater einer Katatonie) war gut begabt. Er wurde Volksschullehrer, legte seine Rektorprüfung ab und machte später noch sein Doktorexamen. Wurde dann Direktor einer höheren Lehranstalt. Er war von jeher außerordentlich ehrgeizig, kannte nur die Arbeit, war stets tätig. War in vielen Vereinen, Ausschüssen usw. sozial tätig. In der Familie furchtbar streng. Beim Essen durfte nur von der Schularbeit gesprochen werden. Für andere Gespräche, die außerhalb seiner Arbeit lagen, hatte er keinen Sinn und keine Zeit. In der Erziehung seiner Kinder übertrieben streng, er kontrollierte stets mit Uhr und Rohrstock das rechtzeitige Heimkommen der Kinder. War ungemein pünktlich. Punkt 12 Uhr ging es zu Tisch, kam eins später, so war er darüber ungehalten und gleich aufgeregt. Den Kindern ließ er wenig Freiheit, sie durften nicht im Hofe der Schule spielen, angeblich weil der städtisches Eigentum war. In seinen Entschlüssen war er sehr selbständig, äußerst beharrlich, oft starrköpfig. Gegen seine Umgebung (Kollegen, Schüler usw.) war er gerecht. Bei Widerspruch konnte er auch hier leicht jähzornig werden.

Charakterologisch finden wir hier einen nüchternen, ehrgeizigen, etwas gemütskalten Streber, einen etwas pedantischen Verstandesmenschen, der für die gemütlichen Seiten des Lebens keinen Sinn hat.

Keine Spur von Minderwertigkeit im sozialen Leben tritt einem in den beiden eben geschilderten Persönlichkeiten entgegen. Im Gegenteil erscheint gerade durch seine ausgesprochene Gemütskälte und seine sich fast nur im Geschäftslebenbe sich merkbar machende Rücksichtslosigkeit W. als gewiegter, brauchbarer Geschäftsmann. Auch V. erscheint infolge seiner Veranlagung als tüchtiger, brauchbarer Mensch. Und doch geht seine Arbeitsamkeit und Geschäftigkeit, sein Ehrgeiz über das normale Maß hinaus, und er wirkt als nüchterner, kalter Streber unsympathisch. Neben diesem Charakterzug, der sein Handeln in allem bestimmt, findet sich Genauigkeit, Pünktlichkeit und Gerechtigkeit, die ihn bei seinen Unterstellten nicht beliebt, wohl aber geachtet machen. Zu beachten bleibt, daß diese Gerechtigkeit auch gar leicht einmal sich ins Gegenteil kehrt, wenn der Jähzorn die Vernunft durchbricht. Seine Strenge in der Kindererziehung, die Starrköpfigkeit in beruflichen Dingen weisen auf Besonderheiten und Verschrobenheiten hin, die sich in seinem Leben reichlich finden.

Molly St. (IX, Schwester einer Katatonie) war von früh auf etwas eigentümlich, sie ging stets ihre eigenen Wege, abseits von den andern. Sie war starrköpfig und hat stets ihren Kopf durchgesetzt. Früh geheiratet. Im Haushalt wenig tüchtig, kam sie nicht recht vorwärts. Sie war



in allem allzu gleichgültig. Gemütlich war sie stumpf. Ihre Kinder verstand sie nicht zu erziehen. Diese kamen dann nach dem Tode ihres Ehemanns in fremde Hände. Ihre Charakterschwäche zeigt sich vor allem auch dem Alkohol gegenüber. Sie war 1 J. in einer Trinkerheilanstalt, ohne sich wesentlich zu bessern. Bis zu ihrem kürzlichen Tode lebte sie, nachdem sie viel Geld verschleudert hatte, in recht bescheidenen Verhältnissen. Um ihre Kinder hat sie sich fast gar nicht mehr bekümmert, dem Trunk hat sie auch weiter gehuldigt.

Interessant ist in charakterologischer Hinsicht auch ihr ältester Sohn Friedrich. Er war ein sehr schlechter Schüler, dabei mittelmäßig begabt. Früh schon zeigte sich Neigung zu schlechten Streichen, Diebstählen und dergl. Seine Erziehung wurde überall versucht. Nirgends tat er gut. Hier brannte er durch, dort betrug er sich so schlecht, daß man ihn fortjagte. Nach der Schulentlassung lief er von Hause weg, trieb sich lange in der Welt herum, wurde schließlich an der Grenze gefaßt, wo er sich mit Schmuggel befaßte. Nach der Verbüßung seiner Strafe kam er nach Hause, wollte einen Beruf erlernen. Alles mögliche begann er, hielt jedoch nirgends durch. Eine Zeitlang wollte er Maler werden, es fehlte ihm jedoch die Begabung. Bei all dem lag er viel untätig umher oder trieb sich in der Welt herum. Sittliche Schranken kannte er nicht, moralisch war er verkommen. Leichtsinnig war er in allem, dabei niemals ein lustiger, heiterer, zugänglicher Tunichtgut, sondern stets von einer kalten Gleichgültigkeit, in seinen strafbaren Handlungen von einer rücksichtslosen Brutalität. Er hatte mit 34 Jahren geheiratet. Diese Heirat und vor allem seine tatkräftige Frau erlauben ihm heute, einen Kunsthandel zu treiben. Sonst ist er auch bis heute noch der alte geblieben.

Dessen Onkel Hermann, ein Bruder der Molly, scheint ein ähnlicher Charakter gewesen zu sein. In der Schule taugte er nichts, konnte dann lange keinen Beruf finden, ging schließlich in die Landwirtschaft. Auch hier machte er keine Fortschritte, betrieb alles mit einer gleichgültigen Oberflächlichkeit. Für seine Person war er leicht empfindlich und leicht gereizt. Im übrigen stumpf. Er starb früh an einer Miliar-Tuberkulose.

Die letzten, kurz skizzierten Menschen erinnern an jene von *Medow* eingehend geschilderten unsteten, haltlosen, gemütsstumpfen Psychopathen, die bei der Irritation ihrer egozentrischen Einstellung sich mehr empfindlich und reizbar erweisen. Auf die ebendort gegebene eingehende Schilderung einer solchen Persönlichkeit aus der Erlanger Gutachtertätigkeit von *Kleist* sei hingewiesen. Auch *Hoffmann* bringt unter seinen „Haltlosen und Degenerierten" einige Beispiele für solche gemütsstumpfe Menschen. Einen weiteren typischen Fall solcher heboider Psychopathie hat Herr Prof. *Kleist* in Rostock begutachtet und für vorliegende Arbeit zur Verfügung gestellt.

Albrecht P., der von seiten zweier Urgroßonkel mit Katatonie väterlicherseits belastet ist, hat im Oktober 1919 einen Mühlenkontrolleur, dem er wegen einer Lappalie feind war, in geradezu brutaler Weise ums



Leben gebracht. Dieser hatte bei einem dem P. befreundeten Mühlenbesitzer W. gelegentlich einer Revision mancherlei beanstandet. P., der hiervon erfuhr, äußerte sofort, er wolle dem Mühlenkontrolleur ins Holz nachschleichen und ihm „eins knallen". Er fütterte erst noch recht gleichgültig das Vieh und begab sich dann, ohne irgendwie aufgeregt zu sein oder sich Gedanken über sein Vorhaben zu machen, in ein nahes Wäldchen, wo er sich auf Lauer legte. Kaltblütig schoß er dann zwei Schrotladungen auf den vorübergehenden Kontrolleur. Dieser brach zusammen, vermochte aber noch einer zufällig vorübergehenden Frau den Auftrag zu geben, im Dorfe Hilfe zu holen. Diese Zeit benutzte P., den Kontrolleur durch einen Schuß in den Kopf vollständig zu töten. Nach der Tat begab er sich zu seinem Schatz, bei der er die Nacht verblieb. Diese will auch nicht das geringste Auffällige in seinem Benehmen an dem betreffenden Abend bemerkt haben. Am nächsten Morgen, einem Sonntag, ging er wie gewöhnlich zur Kirche.

Über seine Vorgeschichte gehen die Angaben etwas auseinander. Während Pfarrer und Lehrer nichts Besonderes an ihm bemerkten, ihn bezüglich des Intellekts als Durchschnittsschüler bezeichnen, bekunden andere Zeugen jedoch, daß er auf der Schule frech und vorlaut war, zu schlechten Streichen neigte und sich in der Wirtschaft großmäulig und prahlerisch zeigte. Er hat mehrfach gewildert. Ließ sich von andern leicht „aufpeitschen" und war leicht aufgeregt. Von nervösen Erkrankungen werden Migräneanfälle und Schlafwandeln in der Jugend berichtet. Während der Beobachtung in der Klinik zeigte er sich Ärzten und Pflegern gegenüber anständig; schien den Aufenthalt auf der unruhigen Station gleichmütig hinzunehmen. Seine geistige Regsamkeit und seine Interessen waren gering. Die Stimmung war gleichmütig, fast stumpf, hier und da auch vergnügt. Er lachte über das unsinnige Geschwätz eines Kranken. Angst vor der Zukunft oder Reue über seine Tat war ihm, soweit er sich selbst überlassen war, nicht anzumerken. Von der Tat sprach er einigemal mit den Wärtern, als ob er von einem gleichgültigen Ereignis berichtete. Um seine Zukunft war er unbesorgt, „das könne ihm nur ein paar Jahre Gefängnis bringen". Mit naiver Unbekümmertheit schreibt er an seine Eltern: „der liebe Gott werde ihn nicht verlassen". In Briefen an seine Braut spricht er fortwährend von Tanzvergnügungen.

In der ersten Zeit seines Aufenthaltes klagte er öfters über Kopfschmerzen. Hysterische Anfälle, die er im Gefängnis hatte, und die seine Einweisung zur Beobachtung veranlaßten, zeigte er in der Klinik nicht mehr.

Die Intelligenzprüfung zeigte keine groben Ausfälle, doch schien P. etwas unter dem Durchschnitt zu stehen. Bei der Prüfung der sittlichen Gesinnung ordnete er die 7 Straftaten lediglich nach dem äußeren Erfolg der Straftat, nicht nach moralischen Gesichtspunkten. Bei der Besprechung der Tat ging er meist wenig aus sich heraus, verschloß sich meist stumpf und starr, hie und da weinte er und fing an zu zittern. Er meinte, „Gott werde ihm schon vergeben".

P. erscheint als Mensch von geringer geistiger Regsamkeit, einem wenig entwickelten, groben, aber leicht schwankenden und primitiven



Gefühlsleben, mit einem Tiefstand der sittlichen Gesinnung. Weiter muß als charakteristisch seine Rücksichtslosigkeit, Gefühlsroheit und Brutalität hervorgehoben werden.

Meggendorfer, der einige Fälle von „Moral insanity" eingehend untersucht hat, beschreibt in dem zweiten Teil seiner Arbeit auch einige derartige Typen, bei denen ebenfalls die moralische Haltlosigkeit und die ethische Depravation im Vordergrunde steht. Bei nachträglich angestellten Erblichkeitsstudien findet er für diese Fälle Beziehungen zur Dementia praecox. Er findet in seinen Fällen vor allem eine tiefgreifende Störung des Gemütslebens, Interessenlosigkeit, Verlust der Anteilnahme, Einschränkung der Gemütsbeziehungen zu den Angehörigen, Mangel an Sinn für Geselligkeit, Fehlen des sozialen Gefühls; Moral ist ja eine Forderung der Gemeinschaft, und jeder gesund geartete Mensch zeigt sich ansprechbar für Gemeinsinn. Ihre „Wursthaftigkeit" läßt sie nur ihren egoistischen Trieben folgen. Ihre Grundstimmung ist gleichgültig und stumpf, dabei besteht oft Neigung zur autistischen Träumerei. *Meggendorfer* spricht von ihnen als von „Psychopathen mit schizophrener Veranlagung". Bei manchen von ihnen handelt es sich nicht mehr um eine Psychopathie, sondern um einen regelrechten Krankheitsprozeß. Für die psychopathischen Fälle finden sich — abgesehen von den Erblichkeitsbeziehungen — auch charakterologische Beziehungen zur Dementia praecox. Denn man sehe eine Störung, die nach *Kraepelin* mit ein Hauptcharakteristikum der Psychose ist: eine Abschwächung jener gemütlichen Regungen, welche dauernd die Triebfedern unseres Willens bilden.

Meggendorfer gliedert seine Fälle der Hebephrenie an und weist auf *Kahlbaums* Heboidophrenie hin, die sich von der Hebephrenie durch ihren günstigen Ausgang unterscheidet. Es darf aber nicht vergessen werden, daß „Gemütsfalsche" und ethisch Defekte auch außerhalb von Dementia-praecox-Familien vorkommen und nicht mit D. p. verwandt zu sein brauchen. *Reiß* fand unter den Gewohnheitsverbrechern nur einige mit Dementia praecox erblich belastete.

Kretschmer widmet den Jähzornig-Stumpfen oder Stumpf-Brutalen eine eingehende Besprechung. Er weist neben den geborenen Verbrechern und Landstreichern auch auf weniger ausgeprägte Typen hin: den etwas stumpfsinnigen Biedermann, der niemand etwas zu leide tut, und den rücksichtslosen, unerträglichen Haustyrannen. Dieser letzte Typ zeigt sich auch im hier vorliegenden Material.



So wird der Großvater einer Katatonie, Lo. (XV), als herrschsüchtiger, gewalttätiger Mann, als Haustyrann geschildert.

Weiter zeichnet *Kretschmer* dann eingehend noch den Bettler und Landstreicher, die Prostituierte, den Spieler, Trinker, den verbummelten Studenten u. a. m., wobei er auf die Arbeit von *Wilmanns* verweist. Eingehend sind bei genanntem Autor in Ernst Katt und Dr. Graber zwei Persönlichkeiten geschildert, die den soeben skizzierten Typ des heboiden Psychopathen in seiner Brutalität noch näher charakterisieren, während die Person des Karl Hammer den zerfahrenen, gleichgültigen Bummler und Landstreicher in seiner „Wurstigkeit" zeigt.

Neben den bisher erwähnten autistischen und heboiden Psychopathen trifft man in der Verwandtschaft der D. p. noch des öfteren Persönlichkeiten von der Art des unter den Präpsychotikern geschilderten „Unklaren", d. h. Menschen, die sich durch ihre verschrobenen und unklaren Gedankengänge und ihre widerspruchsvollen, wechselnden, planlosen Entschlüsse auszeichnen, Leute, die man auch als schizoide Psychopathen im engeren Sinne den autistischen und heboiden gegenüberstellen könnte. Hysterische Reaktivität findet sich hier wie bei den gleichartigen Präpsychotikern.

Johann R. (XIV, Vater einer paranoiden Demenz). Von jeher etwas zurückhaltender, verschlossener Mensch. Landwirt. Er konnte oft „arg nachdenklich" sein, pflegte nicht viel Umgang mit den Leuten. Oft jähzornig aufbrausend. Mit 40 J. verkaufte er, nachdem er auch vorher schon öfter recht unmotivierte Handlungen begangen hatte, seinen Besitz, angeblich, „weil er es leichter haben wollte". Er zog dann von seiner Heimat weg und arbeitet jetzt als Feldarbeiter.

Im Fall Lo. (XV, Katatonie) werden drei Tanten der Pat. als sonderbar, eigentümlich und verschroben gekennzeichnet.

Valeria U. (Schwester einer Schizophrenie) will gut in der Schule gelernt haben, besuchte eine höhere Töchterschule. War verträglich als Kind, in der Schule sehr ehrgeizig. Ging wenig aus sich heraus. Fand nach dem Tode ihrer Mutter, 17 j., keine Ruhe mehr zu Hause, wollte alles mögliche lernen. Ging schließlich zu einem Zahnarzt, um Dentistin zu werden. Hielt nicht lange aus, lernte 1 J. dann Kinderpflege. Von dieser Zeit an ist sie in zahlreichen Stellungen gewesen, nirgends hat sie es länger gehalten. Einmal vertrug sie sich nicht mit ihren Vorgesetzten. Dann wieder zog es sie fort, ohne daß sie recht wußte, warum. „Ich mußte weg"; auf Aufregungen und Streitigkeiten reagierte sie stets mit Erregungszuständen, oft auch mit Kopfschmerzen und ähnlichen hysterischen Symptomen. Diese Erregungen und Verstimmungen hielten jedoch nie lange an. Mit 22 J. zum erstenmal menstruiert. Während des Krieges verlobt, bekam ein Kind von ihrem Bräutigam. Während der Gravidität



erhielt sie die Nachricht vom Tode ihres Verlobten. Sie reagierte darauf mit einer Erregung, die in Depression umschlug. Nach der Entbindung ging sie mit einer deutschen Familie als Erzieherin nach Konstantinopel, war dort auch in einem deutschen Lazarett tätig. War von jetzt an in sexueller Beziehung recht haltlos, ließ sich mit mehreren Männern ein: „Es kam hie und da so über mich. Ich hatte dann das Bedürfnis. Es fehlte mir was, ich fühlte mich dann so allein und einsam, daß ich gar nicht allein mit mir fertig wurde.“ In solchen Zeiten suchte sie dann krampfhaft den Mann, war wenig wählerisch. Eine Zeitlang war alles gut, sie war diesem Manne treu; dann wurde sie launisch und stieß so die Männer wieder von sich, gab auch dann ihre Stellung auf und ging wo anders hin. „Ich ärgere mich dann und bin so unzufrieden mit mir.“ „Heiraten? Doch schon, aber ich halte es nicht lange aus mit dem Manne.“ War zuletzt kurze Zeit in Privatpflege in einer hiesigen Familie, bekam Streit, wurde unordentlich, trieb sich umher, faßte die ihr anvertrauten Kinder hart an und kam schließlich auf Einweisung eines Nervenarztes in die hiesige Klinik.

Hier ist sie anfangs deprimiert, beschäftigt sich etwas, kommt leicht ins Weinen, näßt ein, kommt mit den Pat. gut aus. Klagt hie und da mal über Schlaflosigkeit. Gibt an, daß die Periode schon einige Zeit ausgeblieben sei. Sobald sie menstruiert ist, ist sie sofort geordnet und ruhig. Sie sucht sich eine neue Stellung und kann entlassen werden. Später bewirbt sie sich um eine Stelle an der Klinik. Es ergibt sich, daß sie die bei ihrer Entlassung ausgemachte Stelle gar nicht angetreten hat. Sie war im plötzlichen Entschluß zu ihrem Bruder gereist, wo es ihr aber nicht lange gefiel. Auf ein Zeitungsangebot hin kam sie dann unüberlegt nach Frankfurt zurück und fand die ihr angebotene Stelle in einer übelbeleumundeten Wirtschaft als Zimmermädchen.

Der folgende Fall soll wieder ein anderes psychopthisches Bild skizzieren:

Johannes O. (VI, Onkel einer Hebephrenie) war Landwirt. 2 Jahre nach seiner Verheiratung bekam er plötzlich den Einfall, Farmer zu werden. Er reiste nach Amerika, kaufte eine Farm, kam jedoch nicht vorwärts und kehrte schließlich ohne Geld wieder nach Hause zurück. Wurde Zigarrenmacher. War fleißig und zugänglich. Bastelte viel herum, machte eine Erfindung nach der andern. Einige davon wurden patentiert, jedoch fand er keinen Absatz für sie, da sie ohne wirtschaftliche Bedeutung waren. Für andere Dinge realerer Art zeigte er kein Interesse. Dabei war er nicht verträumt oder ungesellig, hatte jedoch wenig Zeit für geselligen Verkehr, da er immer mit seinen oft verschrobenen Erfindungsideen beschäftigt war. Diese kurze Schilderung zeigt den Typ des nutzlosen Erfinders.

Andreas Schm. war stets auffallend erregbar. Die Schule machte ihm wenig Freude. Wurde Kaufmann, ohne daß er an diesem Beruf Gefallen fand. Ging zum Militär, war später Lagerist, Sekretär, Fremdenführer, Geschäftsreisender und Hotelangestellter. War in Paris und London tätig. Bekam überall Streit. Mit 33 J. kam er nach Hause zurück, um sich von seiner Mutter eine größere Summe Geld zu borgen, fand zu



seiner Überraschung, daß die Mutter selbst mittellos war. Er glaubte, daß sein Stiefbruder ihn um sein Erbteil geprellt habe. Hieraus entwickelte sich ein Prozeß gegen diesen, in dem er mit dessen ganzem Anhang in Konflikte geriet und dadurch eine Reihe von Beleidigungsklagen anzustrengen sich veranlaßt sah. Von Paris aus, wo er sich zuletzt aufgehalten hatte, war er ebenfalls in mehrere Prozesse verwickelt. In diesem Zustand glaubte er nun, den Vermögensverfall seiner Familie auf einen von dieser früher geführten Prozeß gegen die Hannoversche Lebensversicherungsgesellschaft zurückführen zu können, der durch alle Instanzen durchgefochten und verloren wurde. Er warf nun den damaligen Richtern unlautere Motive vor, diese hätten die andere Partei begünstigt. Er bildete sich ein, nach allen Seiten gewissenlosen Angriffen ausgesetzt zu sein, gegen die er sich energisch wehren müßte. Er überschüttete die Behörden bis zum Justizminister hinauf mit Eingaben und Beschwerden, die von Injurien strotzten. Es fehlte ihm die bewußte Absicht zu beleidigen: „Er habe nur Tatsachen vorgebracht.“ Wegen dieser Angelegenheiten kommt er schließlich zur Beobachtung in die hiesige Anstalt. Er zeigt hier ein Gemisch von Verfolgungswahnvorstellungen und Größenideen, legt allen nebensächlichen Vorgängen eine große Bedeutung bei, spricht in mysteriösen Andeutungen von der Staatsanwaltschaft, sucht ungesetzliche Umtriebe hinter der Unleserlichkeit einer Unterschrift, sieht in Schreibfehlern schwerwiegende Verstöße. Hinter allem erblickt er die Absicht, ihn zu beleidigen. Im übrigen war er in der Anstalt ruhig, verträglich und gutmütig, solange nicht von seinen Prozeßgeschichten die Rede war. Er zeigte keine Herabsetzung seiner intellektuellen Fähigkeiten. Seine ganze Lebensgeschichte läßt darauf schließen, daß es sich um einen sehr von sich eingenommenen querulatorischen Psychopathen handelt. Sein Zustand scheint sich auch bis heute noch nicht geändert zu haben, da er noch im vorigen Jahre ähnliche Beeinträchtigungsgedanken äußerte. Er ist zurzeit Hotelangestellter und lebt äußerlich in guten Verhältnissen.

Es sei hier gleich die Lebensgeschichte seines Bruders Heinrich angeschlossen, der in seiner psychischen Konstitution ähnliche Züge zeigt, bei dessen Erkrankung es sich jedoch um eine ausgesprochen paranoide Defektpsychose (progressive Beziehungspsychose) handelt. Dieser soll in der Schule gut gelernt haben. Hatte Interesse für fremde Sprachen, war ein träumerisch veranlagter Junge. Wurde Photograph, ging nach England, wo er sich selbständig machte. Das Geschäft soll gut gegangen sein. 27j. mußte er infolge Enteignung seines Hauses sein Geschäft in London aufgeben. Wurde dann Angestellter eines Reisebureaus in Paris. Er muß in seinem Beruf bis dahin tüchtig gewesen sein, soll in London 13 Gehilfen beschäftigt haben. In Paris begannen nun allerlei sonderbare Beziehungsideen bei ihm aufzutauchen. Es wird die Tatsache, daß sein Haus wegen eines Straßenumbaues von der Stadt London enteignet wurde, zum Anlaß verschiedener falscher Beziehungen. „Er sei dabei übervorteilt worden, die ganze Stadt sei gegen ihn aufgewiegelt worden.“ Er hat mehrere Prozesse gegen den Enteignungsbeschluß geführt. „Damals sei sein Rechtsanwalt bestochen worden, die Geschworenen seien gekauft gewesen.“ Wegen dieser und anderer paranoiden Ideen

war er eine Zeitlang in einer englischen Irrenanstalt, kam bei Kriegsausbruch nach Deutschland zurück. Hier erzählte er viel von besonderen Beziehungen zum englischen Königshause: die Prinzessin Viktoria habe ihn immer so liebenswürdig begrüßt. Er schloß daraus, daß sie ihn liebe. Zu ihrem Vater habe die Prinzessin einmal gesagt, gelegentlich einer Spazierfahrt: „This is a nice man!", worauf der König erwidert habe: „Love him, my word, you may have him!" Er erzählt mit freudestolzem Schmunzeln, die Prinzessin und er hätten sich oft geschrieben. Sie habe sich von ihm photographieren lassen, um ihm ein Zeichen ihrer Liebe zu geben. Die Hochzeit werde wohl bald stattfinden. König Eduard habe in Frankfurt eine Kirche für die Trauung bauen lassen. Während des Krieges lebte er durch den Verkauf von Büchern und den Erlös von Rennwetten. Überall bekam er Streit, obwohl er nach seiner eigenen Meinung ein so friedfertiger Mensch ist. 1920—22 in der Anstalt Herborn. Von dort entlassen, hielt er sich eine Zeitlang draußen, wurde aber durch seine andauernden Streitigkeiten und durch seine fortwährenden Briefe und Petitionen an das englische Königshaus auffällig und wurde wieder in hiesige Anstalt eingewiesen. Er war auch hier leicht erregt, querulierte gern, war der Meinung, daß sich alle gegen ihn verbündet hätten. An seinen Wahnideen hielt er fest. Er zeigte auf dem Gebiete der Intelligenz eine Herabsetzung der Urteilsfähigkeit und vergriff sich hie und da im sprachlichen Ausdruck.

Es handelt sich sicher bei ihm um eine progressive Beziehungspsychose auf dem Boden einer paranoisch querulatorischen Veranlagung.

Die beiden letztgenannten Psychopathentypen, der aktive Erfinder Johannes O. und der Querulant Andreas Schm., erinnern an die eingangs erwähnten paranoiden Verbohrten, die präpsychotischen Persönlichkeiten.

Es sei zusammenfassend noch einmal kurz auf die Übereinstimmung der psychopathischen und präpsychotischen Persönlichkeiten hingewiesen. Wie ja die ungeselligen autistischen Psychopathen mit den autistischen Präpsychotikern das Sich-Verkriechen, die Empfindsamkeit, Arbeitsamkeit und Gewissenhaftigkeit gemeinsam haben, Züge, die an den negativistischen Stupor und andrerseits an die Erregungszustände der Katatonie anklingen, so haben die gemütsfalschen, heboiden Psychopathen verwandte Züge mit denjenigen präpsychotischen Bildern, die durch Trägheit, Arbeitscheu und gleichgültige Stumpfheit oder Roheit auffielen; sie zeigen somit auch Analogien zu den bekannten Symptomen der Hebephrenie.

Was die schizoiden Psychopathen im engeren Sinne, die „Unklaren" anbetrifft, so lassen sich auch hier Ähnlichkeiten zur Launenhaftigkeit, Sprunghaftigkeit und Unklarheit der präpsychotischen Persönlichkeiten feststellen, die in der dritten Gruppe



eingangs geschildert wurden. Auch hier sei noch einmal auf die Häufigkeit hysterischer Reaktionen bei diesen Fällen hingewiesen.

Weiter fand sich auch im Fall O. der verbohrte Erfinder, der an die unter der Gruppe der Paranoiden geschilderten präpsychotischen Persönlichkeiten erinnert, und im Fall Schm. der von *Bleuler* unter den präpsychotischen Persönlichkeiten öfter beobachtete verbohrte Querulant.

Diese Erörterungen ließen ja den Schluß zu, daß es sich bei diesen Psychopathen, Präpsychotischen und Psychosen um graduelle Unterschiede eines Krankheitsvorganges handle. *Bleuler*, der der Dementia praecox sehr weite Grenzen zieht, spricht sogar von „einer kontinuierlichen Stufenleiter". Wir müssen aber heute annehmen, daß zu den präpsychotischen Erscheinungen doch noch etwas hinzukommen muß, was zu dem schweren Defekt, den die Psychose bedingt, führt. Darauf wird am Schlusse noch einzugehen sein. Jedenfalls stellt das Fehlen einer Restitutio ad integrum ein Hauptcharakteristikum der Psychose dar.

3. Postpsychotische Zustände.

Es seien hier noch zwei postpsychotische Zustände angegliedert, die beide charakteristische Defekte zeigen.

Ottilie Dr., deren präpsychotische Persönlichkeit in ihrer Eigenwilligkeit, Aufgeregtheit, Sprunghaftigkeit und Unklarheit im Denken und Handeln eingangs als schizoid gekennzeichnet wurde, kam 2 J. nach Ablauf einer Schizophrenie in die hiesige Klinik.

Seit September 20 war sie in Frankfurt a. M., wohnte teils für sich, teils in Heimen. Verdiente sich ihren Unterhalt als Sprachlehrerin, war oft ohne Stellung. Sie scheint sich in letzter Zeit mit vielerlei Problemen getragen zu haben. Wollte dem Übel der Prostitution abhelfen, zeigte aber dabei eine solche Unkenntnis und eine Verworrenheit in ihren Ideen, daß man in Fürsorgekreisen sie fallen ließ. Kurz darauf suchte sie einen Verlag für einen Roman, den sie geschrieben hatte, und der so verworren war, daß er keine Abnahme fand. Sie fiel durch die Eigentümlichkeiten ihrer Reden und durch zusammenhanglose Gespräche auf. Wegen eines Manteldiebstahls kam sie schließlich zur Polizei und von dort zur Klinik.

Hier ist sie fast stets abweisend, oft direkt negativistisch. Ihre Reden lassen oft ein klares Ziel vermissen, sind oft inkohärent, oft erregt. Hat keine Krankheitseinsicht. Wenn sie den Arzt sieht, geht sie einmal in plötzlichem Entschluß aus dem Zimmer, kommt ein andermal plötzlich auf den Arzt zu, spricht in lebhafter Rede, einförmig dabei gestikulierend, in fließendem Französisch. Schimpft auf den Arzt, die Anstalt usw. Stimmen werden abgelehnt. Klagt öfter mal über Sensationen im Bauch. Ihre Miene ist meist gespannt, lauernd, drohend, oft auch verächtlich abweisend.



Luise K. Auch deren präpsychotische Persönlichkeit wurde vorher skizziert. Nach einer schweren katatonen Psychose mit starken Erregungszuständen und stuporösen Zeiten mit Negativismus und Wahnideen zeigt sie heute noch folgendes Zustandsbild: Sie ist seit einigen Wochen formal geordnet, arbeitet fleißig in der Schreibstube der Anstalt, ist anstellig und brauchbar, für ihre Person zurückhaltend und still, geht selten aus sich heraus. In ihrer Affektlage ist sie heute vorwiegend traurig, manchmal gleichgültig. Ihr Mienenspiel ist wenig lebhaft. Hier und da zeigt sich ein unbestimmtes Lächeln. Fragen bezüglich der Merkfähigkeit und der Orientierung löst sie gut. Bei leichteren Verstandesfragen wird sie abweisend und antwortet überhaupt nicht mehr. Auf die Frage, was sie nach ihrer Entlassung anfangen wolle, kommen ihre ganzen Wahnideen zutage: „Sie werde dann von der Polizei abgeholt und hingerichtet. In der Anstalt fühle sie sich sicher, sie wolle jedoch ihrem Leben lieber vor der Hinrichtung selbst ein Ende machen."

4. Andersartige Psychopathen in D.-p.-Familien.

Wir fanden auch zahlreiche andere und verschiedenartige Psychopathen in D.-p.-Familien, die keine Verwandtschaft zu den verschiedenen Formen der endogenen Defektpsychosen aufwiesen.

Luise E. (I, 11, Vaterschwester einer Katatonie) war seit ihrer Jugend nervös, leicht aufgeregt, neigte zu Gefühlsausbrüchen. Stets lebenslustig. Schloß sich gern an andere an, war beliebt. Hatte ein voreheliches Kind, heiratete später. Der Ehemann soll ihr oft Vorwürfe gemacht haben. Sie geriet dann jedesmal in heftige Erregung, zitterte am ganzen Körper. War deshalb längere Zeit im Sanatorium. Die Neigung zu reaktiven Erregungszuständen blieb jedoch bestehen, äußerte sich auch bei kleinen Anlässen. Ihren Haushalt versah sie ordentlich. Die Erregbarkeit auf Erlebnisse nahm zu. Deshalb soll sie wieder in ein Sanatorium gebracht werden. Dagegen wehrte sie sich. Hat sich am Tage vor ihrer Überführung mit Lysol vergiftet.

Johanna O. (VI, 1, Schwester einer Hebephrenie) war ein schwächliches Kind. Mittelmäßige Schülerin. Suchte sich hervorzutun. Bei ihrer Begabung war das nicht gut möglich. Es gab für sie daher viel Aufregung, die bei ihr jedesmal Magenschmerzen auslöste. Öfters auch längere reakt., Verstimmungen. Nach Verlassen der Schule im Haushalt tätig. In letzter Zeit, seit die Aufregungen wegfallen, geht es besser. Sie geht mehr aus sich heraus, geht gern in Gesellschaft, tanzt gern und ist affektiv vollkommen ansprechbar..

Frau O. (VI, 11, Großmutter einer Hebephrenie). Tüchtige Bauersfrau, die ihre Wirtschaft hoch hielt. Meist sehr gutmütig, dann wieder launisch. War leicht obenraus, bekam dann Krämpfe, die kurze Zeit anhielten. Diese besserten sich, wenn man ihr zuredete und sie mit Essig oder Rotwein bespritzte. Der Tod ihres Mannes nahm sie sehr mit, sie hatte damals Suizidgedanken. Mit ihrem Schwiegersohn, bei dem sie



wohnte, vertrug sie sich schlecht. Im Alter hat die Neigung, auf Aufregungen hysterisch zu reagieren, abgenommen.

Frau Oberstleutnant V. (VIII, 14, Mutterschwester einer Katatonie) war asphyktisch zur Welt gekommen. In ihren jungen Jahren körperlich etwas schwächlich, war sie verhätschelt worden. Immer sehr leicht erregbar, besonders zur Zeit der Menses. Heiratete mit 20 J. einen 11 J. älteren Militär. Der wachte eifersüchtig über seine junge, hübsche, lebenslustige Frau. Es kam deshalb oft zu Auseinandersetzungen, die immer „Krämpfe" auslösten. Sie zitterte dann am ganzen Körper, wurde nie bewußtlos. Wenn sie die Hände in warmes Wasser legte, hörte das Zittern auf. Einigemal der Nervenschwäche wegen in Sanatorien. Später, als der Mann gestorben war, haben sich diese Anfälle verloren. Mit 73 J. gestorben, war sie bis in ihr hohes Alter hinein frisch und geistig rege geblieben und nahm an allem lebhaften Anteil.

Peter E. (I, 6, Vater einer Katatonie), 56 J. Als Kind: Rachitis. Das Lernen fiel ihm leicht. Er kam früh von Hause weg, wurde Schuhmacher und war als solcher längere Jahre für sich tätig. Nach seiner Verheiratung ging er in den Bahndienst, wo er sich pekuniär besser stand. Er ist ein ruhiger, freundlicher, zugänglicher Mensch, der für die an ihn gerichteten Fragen Verständnis zeigt und bereitwillig Auskunft gibt. Er sei von jeher etwas nervös gewesen, habe sich immer leicht aufgeregt. Im Bahndienst habe sich seine „Nervosität" noch verschlimmert, so daß er 1919 eine Zeitlang in ärztlicher Behandlung war. Er ist leicht verwundbar, hat leicht Kopfschmerzen und hat mit Herzbeschwerden zu tun, die besonders nach längerer Anstrengung und nach Aufregung schlimmer werden. Der Besuch seiner Tochter greift ihn jedesmal stark an. „Er kann das Elend nicht mitansehen", schickt deshalb meist seine Frau herauf, „weil er sonst für den ganzen Tag dann fertig ist".

Die Neigung dieser Menschen, auf affektive Erlebnisse mit starken Gemütsschwankungen und hysterischen Reaktionen zu antworten, fand sich auch bei der Pat. U. Doch scheint die letzte Gruppe sich sehr von den schizoiden Psychopathien zu unterscheiden. Denn die letzterwähnten Persönlichkeiten schließen sich gern an andere an, nehmen Anteil, sind zum Teil lebenslustig, gehen gern in Gesellschaft, sind lebhaft und gutmütig und vor allem außerhalb der Erregungen tüchtig und stetig in ihrem Berufe. Es fehlt ihnen das Sprunghafte, Planlose, Unklare; sie sind stetiger trotz ihrer leichten Erregbarkeit, es ist trotz allem besser mit ihnen auszukommen. Es sind Hysterische schlechthin.

Um hypomanische und depressive („zykloide") Menschen handelt es sich in folgenden Fällen:

Barbara W. (V, 2, Mutter einer Katatonie) war äußerst weichherzig, sie nahm an allem gerührt Anteil. Es ging ihr jedes Erleben sehr zu Herzen. Mit 19 J. geheiratet. War in der Jugend ein sehr frohes und lustiges Mädchen, auch später war sie gern in Gesellschaft, auch noch



getanzt. Sie hatte aber auch öfters traurige Verstimmungen. Dann nahm sie alles schwer. Lief dann viel zu ihrer Nachbarin, mit der sie gut befreundet war, um sich auszuweinen. Hat auch in den depressiven Phasen tüchtig gearbeitet. Die Stimmungsschwankungen dürften nach der Schilderung nie so erheblich gewesen sein, daß an eine schwere Depression zu denken wäre, vielmehr dürfte es sich um eine zyklothyme Persönlichkeit handeln.

Eine ihrer Schwestern, Magdalene (V, 8), ist mit 40 J. gestorben. Sie wird als Mensch mit vorwiegend trauriger Verstimmung geschildert. Sie habe alles sehr schwer genommen und sich viel Gedanken gemacht, ohne eigentlich Grund dazu zu haben.

Magdalene M. (XVI, 4, Vaterschwester einer Katatonie). Stets tätige und arbeitsame, zugängliche und freundliche Frau. Sehr weichherzig, ein wenig leicht rührselig. Sie weinte leicht vor Freude und im Schmerz.

Ebenso werden einige ihrer Geschwister geschildert.

Elisabeth M. (XVI, 5). Tüchtige Bauersfrau. Gutmütig wie die vorige, nicht so rührselig, lebhafter in ihrem Temperament.

Ein Bruder Adam (XVI, 6) ist Musiker, ein lebhafter Mensch von offenem, geradem Wesen.

Ein anderer Bruder (XVI, 7) wird als geselliger Vereinsmensch, als gutmütige, einfache, heitere Natur gekennzeichnet.

Der Vater der Geschwister M. (XVI, 12) war von jeher ein temperamentvoller Draufgänger. Er hatte die Kriege 66, 70/71 mitgemacht und sich in den Kämpfen ausgezeichnet. Er war gern gesehen, der Beliebteste im ganzen Dorf. Gutmütig, machte gern seine Späße, erzählte viel mit gutem Witz und mit Humor. Er war Küster von Beruf. Es gab nichts, wo er nicht mitmachte. War eine Festlichkeit im Dorfe, bei der der alte M. nicht dabei war, so fehlte den Menschen etwas. Ein origineller, humorvoller, etwas hypomanischer Mensch ohne Zweifel. „Der Pfarrer, der Lehrer und der alte M., das waren die gewichtigsten Leute im Dorf", sagt sein Sohn von ihm.

Ob sich nun diese Veranlagung bei seinen Kindern in der übermäßig affektiven Ansprechbarkeit, in der Rührseligkeit äußert, oder in einem lebhaften frischen Temperament einer aufs Reale eingestellten Bauersfrau oder in einem gehobenen Wesen, das gern einmal prahlt, immer wieder ist es die Einfühlbarkeit, die offene und gerade Zugänglichkeit, das homonome Zustandsbild, was uns entgegentritt.

Zur Skizzierung solcher temperamentvollen, hypomanischen Persönlichkeiten finden sich im vorliegenden Material noch einige Menschen.

Anna W. (V, 20, Schwester einer Katatonie), 32 J. Hat gut in der Schule gelernt, klug und aufgeweckt. War 1 J. in einer Kochschule, lernte Krankenpflege, wurde 1910 Rotekreuz-Schwester, machte als solche den Krieg mit. Jetzt seit 2 J. verheiratet. Sie ist sehr redselig, erzählt in einem fort, findet kein Ende, etwas ideenflüchtig. Sie ist gewissenhaft



und fleißig, hat glänzende Zeugnisse. Sie wird als mitfühlende, stets tätige, aufheiternde Schwester von ihrem Chefarzt geschildert.

Im Fall VIII, 15 wird der Mutterbruder einer typischen Katatonie geschildert. Ein fleißiger, intelligenter Schüler. Wollte Offizier werden. Der Vater gestattete es nicht, da er wohl sah, daß der Sohn etwas gar leichtlebig war. Wurde dann Kaufmann, ging als solcher nach Amerika. Verdiente viel Geld, brachte jedoch auch viel durch. Seine Mutter hat er bei allem Leichtsinn in ihrem Alter gut unterstützt. Er hatte stets Glück in seinen Unternehmungen, verstand sich anzupassen und war beliebt. Er hatte flotte Manieren. Sein Leitspruch war: „Leben und leben lassen!" Er lebt recht begütert zurzeit in Italien.

Auch in der mit Katatonie stark belasteten Familie K. (XIX) wurden zwei Geschwister der Erkrankten als heitere, aufgeräumte, humorvolle Menschen geschildert, die gern aus sich herausgehen, mal etwas leichtsinnig sind, in jedem Verein und bei jeder Festlichkeit dabei sind.

Die nächste Gruppe setzt sich aus süchtigen, haltlosen und reizbar-impulsiven („epileptoiden") Psychopathen zusammen.

Adolf D. (X, 1, Vater einer Hebephrenie). Genial begabter Mensch. Schon in der Jugend leichtsinnig, gab viel Geld aus. Lebenslustig. Infizierte sich an Lues, war dem Alkohol gegenüber haltlos, jedoch nicht dipsoman. Reizbar und jähzornig. In seinem Beruf als Fabrikan- äußerst energisch. Handelte meist ganz impulsiv. Liebte Gesellt schaften, war jeder Verführung leicht zugänglich.

Interessant ist nun, daß Adolf D.s Schwester Virginie (X, 7) an einer typischen Epilepsie leidet.

Seit ihrem 14. Lebensjahre zeigen sich bei ihr Krampfanfälle. Diese großen Anfälle, die typisch beschrieben wurden, haben in ihren 30er J. nachgelassen. Dafür leidet sie an öfteren (zweiwöchentlich) Absenzen. Diese kommen meist dann, wenn sie sich am wohlsten fühlt, sind durch eine kurze Aura eingeleitet und dauern 1—2 Minuten. Sie sind von keinem ausgesprochenen Dämmerzustand gefolgt. Sie fühlt sich nachher nur sehr benommen und ist äußerst empfindlich. Geistig soll sie auf der Höhe geblieben sein. Sie ist ruhig und gemessen, peinlich religiös, genau bei der Arbeit. Hat ein schlechtes Gedächtnis. Lebt ganz für sich.

Noch ein weiterer Fall von einem epileptoiden Psychopathen, wiederum in hereditärer Beziehung zu einer Epilepsie, findet sich in der Familie einer Katatonie:

Mü. (XVI). Der Mutterbruder Karl (52 J.), von Beruf Landwirt, neigt schon von Kindheit an zu plötzlichen Erregungen. Von sich aus ist er wenig gesellig, legt jedoch großen Wert darauf, daß gesellschaftliche Gebräuche und Formen gewahrt werden. Alles muß seinen bestimmten, gemessenen Gang gehen. Er ist überaus fromm, nimmt es sehr genau mit seinen Pflichten gegenüber der Kirche. Kann bei deren Nichtbeachtung furchtbar aufbrausen. Anfälle werden negiert.



Seine Schwester, die Mutter der Katatonie, Jakobine M., 44 J., leidet seit ihrem 17. J. an epileptischen Anfällen. Meist alle 14 Tage, mitunter auch öfter auftretend, in letzter Zeit vor allem nachts, bestehen sie in kurzdauernden tonisch-klonischen Zuckungen mit nachfolgendem kurzen Dämmerzustand. Zungenbiß und Einnässen wurden öfter beobachtet. Charakterologisch wird sie als tüchtig und arbeitsam, sehr fromm, genau, empfindlich und wenig gesellig geschildert. „Über das Tüpfelchen auf dem i" kann sie in Wut geraten.

Mit den bisher geschilderten psychopathischen Defekten gingen nur selten solche des Intellekts Hand in Hand. Es finden sich jedoch auch in den untersuchten Familien einige Schwachsinnige verschiedenen Grades.

Die Mutter einer Hebephrenie (Fall VI, A.), 51 J., war schon in der Schule eine schlechte Schülerin, sie blieb sitzen, das Rechnen fiel ihr besonders schwer. Später hat sie in der Landwirtschaft geholfen. Mit 31 J. geheiratet. „Habe nicht heiraten wollen, sondern wollte Pflegerin in einer Anstalt für Epileptische oder sowas werden." Sie ist äußerst geschwätzig, erzählt viele Nichtigkeiten. „Sie habe sich immer vom Leben zurückgesetzt gefühlt. Habe immer schwer schaffen müssen und keine Zeit für sich gehabt." Dabei weint sie, beruhigt sich aber gleich wieder und erscheint recht affektlabil, bald weint, bald schimpft sie. Sie beschuldigt ihren Mann, „der habe sie das Leben zu hart empfinden lassen". Kommt dann auf ihren Sohn zu sprechen. „Die Onanie sei an seiner Erkrankung schuld." Macht Pläne für seine Zukunft, die wenig mit den Realitäten rechnen. Ihr ganzes Gebahren, ihre dummen Antworten, ihre Geschwätzigkeit und fortwährendes Lamentieren lassen sie als leicht imbezille Person erscheinen.

Im Fall K. (XIX, Katatonie) wird die Mutter der Pat. als leicht schwachsinnig geschildert.

Die Familie Sp. (III, Katatonie) enthält 2 Kinder mit angeborener Idiotie, die auch körperlich eine Menge Degenerationszeichen darbieten.

Auch Elisabeth M. (XVI, Großmutter einer Katatonie) muß als schwachsinnig bezeichnet werden. In der Schule soll sie schlecht mitgekommen sein. Sie heiratete recht früh, versah ihren Haushalt ganz rechtschaffen, konnte nur schlecht mit Geld umgehen. Trotzdem verkaufte sie auf Kirchweihen und dergleichen Zuckerwaren, wurde dabei jedoch viel betrogen. War recht zornmütig, hatte wegen Kleinigkeiten oft Streit, neigte zu unüberlegten Handlungen. Äußerst geschwätzig.

5. Ergebnisse und Folgerungen.

Eine Menge der verschiedenartigsten Bilder zeigte das vorliegende Material: ungesellige Autisten, gemütsfalsche, unklare Schizoide und verbohrte Paranoide, dann Hypomanische und Depressive, Hysteriker, Haltlose, Süchtige, Jähzornig-Impulsive (Epileptoide). Daneben fanden sich auch einige Imbezille. Mehrfach

gingen die einzelnen Typen ineinander über. Ihre Gruppierung erfolgte daher oft nur nach ihrem hervorstechendsten Symptom.

Möglich, daß ein größeres Material noch den einen oder andern Psychopathentyp zutage fördern würde. Doch ist bereits die Mehrzahl der psychisch Degenerierten vertreten. Phantastische Psychopathen fanden sich zwar nicht rein, doch tragen einige Autisten bzw. Schizoide auch Merkmale der phantastischen Psychopathie an sich (Fall Kr. XX, Fall Karl M.).

Die Fälle Karl M. und Kr. sind demnach Beispiele für den nicht seltenen Fall, daß die Psychopathie nicht einfacher Art, sondern aus zwei oder auch aus mehreren zusammengesetzt ist.

Man muß vorläufig daran festhalten, die psychopathischen Merkmale, auch wo sie vereint auftreten, getrennt zu sehen und nicht etwa eines aus dem andern abzuleiten; man kommt sonst zu unzulässigen Erweiterungen, z. B. des Begriffes Schizoid. Wie berechtigt die getrennte Betrachtung ist, geht aus folgendem Beispiel hervor:

In Familie II Sch. ist Schwester Minna (11) unserer schizophrenen Kranken leicht autistisch und paranoid, hat aber sonst ein lebhaftes, heiteres Naturell. Die letzte Eigenheit ist offenbar ganz unabhängig von der ersten, denn ihr Onkel war eine depressive Natur mit einer Altersmelancholie. In der Familie IX finden sich mehrere Psychopathen, deren Züge nur mit Zwang durchweg auf schizoide Radikale zurückgeführt werden könnten. Der Vater (15) unserer Pat., ein autistisch-fanatischer Sonderling, war auch reaktiv, hysterisch, litt an Zwangsvorstellungen. Die reaktive Labilität findet sich auch bei den Geschwistern 9 und 12 neben heboiden bzw. autistischen Zügen.

Hysterische Züge und reaktive Labilität finden sich oft als ein besonderes Merkmal neben autistischer, heboider und besonders neben schizoider Veranlagung (i. e. S.). Beispiele sind die Fälle Marie Sch. aus Familie II, unser „nervöser" Pat. Gr (XI), der Mörder Albert P., der Fall Kr. (XX) und besonders die schizoide Valerie U. Auch die Neigung zu Migräne und Schlafwandeln ist von den D.-p.-artigen Eigenheiten abzutrennen, auch wo sie sich mit solchen verbindet, wie bei dem oben genannten Mörder Albert P.

Wenn man in dieser Weise die zusammengesetzten Formen der Psychopathie auseinanderlegt, wird sich wohl in den meisten Fällen nachweisen lassen, daß besondere Züge aus angeheirateten andern Familien, in denen Hysterie, zirkuläre Erkrankungen und Kon-

stitutionen, Epilepsie und Epileptoide u. ä. heimisch waren, in die schizoiden Persönlichkeiten, diese komplizierend, hineingeraten sind.

Auch für die reineren D.-p.-artigen Psychopathen mit ihrem großen Formenreichtum gilt die grundsätzliche Forderung, das Besondere, so wie es einzeln und dann auch in Verbindungen auftritt, zu sehen, und nicht vieles auf einen Hauptnenner bringen zu wollen, wie *Kretschmer* das tut. Autisten, Heboide, Schizoide und Paranoide sind zwar oft schwer zu unterscheiden und haben bald diesen, bald jenen Zug gemeinsam. Wenn *Kretschmer* aber glaubt, die verschiedenen „schizoiden" Charaktere alle auf seine „psychästhetische Proportion" zurückführen zu können und damit ein Kriterium für jene gewonnen zu haben, so geht das zu weit. Dies Kriterium gilt im strengsten Sinne nur für die Heboiden, schon die Autisten haben noch andere und kennzeichnendere Züge, eben ihren autistischen Negativismus, während es gewaltsam wäre, auch die Schizoiden im engeren Sinne und die Paranoiden auf diese Formel bringen zu wollen. Andrerseits könnte man *Kretschmers* psychästhetische Formel mit größerem Recht auf manchen reizbaren Schwachsinnigen und epileptoiden Rohling anwenden.

Damit ist schon die Frage der Grenzen des Begriffs „D.-p.-artige Psychopathien" berührt. Wir haben diese Grenzen so objektiv wie möglich zu ziehen gesucht, sind aber überzeugt, daß dieser und jener unserer Autisten, Heboiden usw. von anderer Seite lediglich als ethisch defekt, haltlos oder hysterisch bezeichnet würde. Man muß sich darüber klar sein, daß es zuweilen nur Sache der Einstellung ist, ob man bei einem bestimmten Menschen mehr seine „Ungeselligkeit" (Autismus) oder etwa seinen sittlichen Mangel sieht und in der Benennung heraushebt. Wenn man die zahlreichen zusammengesetzten Psychopathien genügend berücksichtigt und von einem D.-p.-artigen Psychopathen nur dann spricht, wenn autistische, heboide und dergleichen Züge wirklich das Bild der betr. Persönlichkeit beherrschen, so werden die Begriffe schizoid-schizothym und zykloid-zyklothym nicht so weit und verschwommen werden, wie es bei *Kretschmer* der Fall ist, bei dem sich nahezu die ganze Menschheit samt ihren Genies in diese beiden Gruppen teilt. Auf die Gefahren solcher Überdehnung des Schizoidbegriffes hat *Rüdin* schon im Beginn dieser ganzen Forschungsrichtung hingewiesen: „Wir wissen heute aber auch, daß in D.-p.-Familien nicht-schizophrene Psychopathen vorkommen, z. B. haltlose, in krimineller Hinsicht eigenartig hartnäckige und unverbesserliche Psychopathen, denen



schizophrene Züge nicht anhaften, es sei denn, daß man den Begriff des schizophrenen geistigen Verhaltens so sehr erweitere, daß schließlich kein Mensch mehr davon frei gehalten werden kann."

Aber nicht nur kritische Überlegungen — wie sie kürzlich auch von *Ewald* angestellt wurden —, sondern auch Zahlen führen zu einem andern Ergebnis, als *Kretschmer* und *Hoffmann* es lehren.

In unserem Material fanden sich bei 201 untersuchten Familienangehörigen von D.-pr.-Kranken 44 Psychopathien (21,8 %), die den Psychosen dieses Formenkreises näher stehen, dagegen etwa ebensoviele, nämlich 45 (22,3 %) andersartige Psychopathien einschließlich der Imbezillen. In diesen Zahlen sind Psychosen nicht mitgerechnet. Von dem weitaus größeren Rest der Familienangehörigen waren abnorme Züge nicht nachzuweisen (112 = 55,9 %). Anders ausgedrückt, ist nur ca. 1/5 der Familienangehörigen charakterologisch den schizophrenen Psychosen ähnlich, ein weiteres Fünftel umfaßt Psychopathien und Abnorme anderer Art. „Schizoide" (i. w. S.) sind nicht häufiger als die Gesamtheit aller andern Abnormen zusammen, wohl aber häufiger als Hysterische, Zykloide, Haltlose usw. im einzelnen betrachtet.

Man wird unsere 21,8 % D.-pr.-artige Psychopathen in D.-pr.-Familien nicht ohne weiteres mit *Hoffmanns* 49 % schizoiden Deszendenten von D.-pr.-Kranken vergleichen dürfen; denn unsere Schizoiden sind zum größten Teil nicht Deszendenten, sondern Angehörige derselben Generation wie die Kranken oder Aszendenten, bzw. Angehörige von Aszendentengenerationen. Trotzdem bleibt der große Unterschied zwischen meinen und *Hoffmanns* Zahlen sehr auffällig. *Hoffmann* hat m. E. den Begriff des Schizoids zu weit gefaßt und andersartige Psychopathien mit hineingezogen.

Unsere Untersuchungen verlangen nach einer Ergänzung unter der Fragestellung: ob und in welchem Umfange D.-p.-artige Psychopathen auch außerhalb von D. p.-Familien — in sonstwie abnormen und in gesunden Familien — vorkommen. *Kretschmer* nimmt das ohne weiteres an; denn er sagt nirgends, daß in den Familien von Moltke, Schiller, Uhland u. a. von ihm als „Schizothyme" bezeichneten Persönlichkeiten Fälle von D. p. vorgekommen wären. Geniale Menschen der Vergangenheit scheinen uns trotz der Vorzüge, die in dichterischen Beichten und genauen Lebensbeschreibungen liegen, doch nicht das richtige Material zur Beantwortung dieser Frage, die nur auf Grund persönlicher, sehr intimer Kenntnis lebender Menschen beantwortet werden könnte.

Nach einzelnen Beobachtungen glauben auch wir, daß es „Schizoide“ außerhalb von Schizophrenie-Familien gibt, wie auch hypomanisch Veranlagte nicht ausnahmslos zirkuläre und melancholische Blutsverwandte besitzen. Man spricht dann aber besser nicht von Schizoid, sondern unverbindlich von ungeselligen, gemütlosen, unklaren oder verbohrten Menschen. Wahrscheinlich wird aber die Zahl der außerhalb von D.-p.-Familien stehenden abwegigen Menschen solcher Art noch wesentlich kleiner sein als die gleichartigen Psychopathien im Verwandtenbereich von Psychosen des schizophrenen Formenkreises.

Das Auftreten hysterischer, haltloser, depressiver, reizbar-epileptoider und anderer „nichtschizoider“ Psychopathien in D. p.-Familien hängt in der Mehrzahl der Fälle damit zusammen, daß angeheiratete Familien, in denen zirkuläre Erkrankungen, Epilepsie und diesen Erkrankungen nahestehende Psychopathien erblich sind, ihre Mitgift in die D. p.-Familien hineintragen. So stammt in der Familie I die Belastung zur Katatonie aus der Vatersfamilie, die reaktive Labilität und Hysterie aus der Familie der Mutter. Die Familie VI zeigt neben unserm hebephrenen Kranken dessen reaktiv-labile Schwester. Die Reaktivität und Hysterie ist wieder ein Erbteil der Muttersfamilie, während die Vatersfamilie mehrere heboide bzw. schizoide Persönlichkeiten aufweist. Auch in der Familie VIII ist die Katatonie Erbteil von der Vaterseite, während die in der Muttersfamilie sehr verbreitete reaktiv-hysterische Veranlagung — zum Teil mit hypomanischen Zügen verquickt — sich auch in dem unruhigen, lebenslustigen Wesen einer Schwester unseres Patienten auswirkt. Ähnliche Verhältnisse bietet die Familie V; in der letzten Generation steht eine Katatonische neben heboiden bzw. autistischen Geschwistern, während die drei andern Geschwister mehr oder weniger hypomanisch sind. Die Disposition zur Katatonie ist vom heboiden Vater, die hypomanische Anlage von der zyklothymen Mutter, deren Schwestern hypomanisch bzw. depressiv waren, ererbt. — Während in diesen Familien die hysterischen bzw. zykloide Veranlagung stets von der Mutterseite stammt, ist in der Familie XIV sowohl die Hypomanie wie wahrscheinlich auch die Katatonie Erbbesitz der Vaterseite (Großvater, Großonkel). Die Mutterseite ist hier die Trägerin von Epilepsie und epileptoiden Charakteren, die sich in der Generation unserer Pat. nicht (noch nicht?) ausgewirkt haben. Eine weitere Komplikation wird durch die Imbezillität der Großmutter väterlicherseits hineingetragen.



Die symptomatische Ähnlichkeit der autistischen, heboiden, schizoiden und paranoiden Psychopathen mit den präpsychotischen Persönlichkeiten der D. p.-Kranken ließ zunächst daran denken, daß Schizoid und Schizophrenie wesensgleich und nur graduell verschieden seien. So denkt *Bleuler* und so sprach *Kretschmer* von einer Reihenfolge qualitativ gleicher Erscheinungen. *Rüdin* und später *Hoffmann* haben die Schizoiden vermutungsweise in Verbindung zu den Heterozygoten gebracht.

Nach unseren Ergebnissen müssen wir eine Wesensgleichheit zwischen den Krankheiten der D. p.-Gruppe einerseits und den verschiedenen ihnen ähnlichen Psychopathien in Übereinstimmung mit *Medow*, *Hoffmann*, *E. Kahn*, denen sich neuerdings übrigens auch *Kretschmer* angeschlossen hat, ablehnen. Die grundsätzliche Verschiedenheit von Schizophrenie und schizoid (im weiteren Sinne!) ist von *E. Kahn* auch auf erbbiologischem Wege wahrscheinlich gemacht worden. Während die Schizophrenien dem rezessiven Erbgang folgen, vererben sich die schizoiden Psychopathien nach *Kahn* wahrscheinlich dominant. Unsere Familienforschungen und Stammbäume stehen mit dieser Auffassung *Kahns* in Einklang, da sich in 7 Familien — darunter die Familien II, III, V, VI, VIII und IX —, bei denen ausreichende Erhebungen angestellt werden konnten, eine direkte gleichartige Vererbung D. p.-artiger Psychopathen fand. Wahrscheinlich sind noch 3 weitere Familien hinzuzurechnen, in denen man annehmen müßte, daß der Kranke vor der Erkrankung schizoid war, was bei der Häufigkeit der präpsychotischen schizoiden Konstitution wahrscheinlich ist. Nur eine Familie würde gegen eine dominante Vererbung schizoider Veranlagung sprechen, Familie I, in der die Mutter unserer Kranken eine völlig normale Persönlichkeit zu sein scheint.

Um die Wesensverschiedenheit zwischen endogenen Verblödungen und den ihnen in gewissen Zügen ähnlichen Psychopathien deutlich hervorzuheben, haben wir jedem dieser Psychopathentypen auch einen besonderen unverbindlichen Namen gegeben. Wenn man von Autisten, Schizoiden, Paranoiden usw. spricht, so erweckt das immer den Eindruck, als ob diese Persönlichkeiten doch schon halbe Katatoniker, Schizophrene oder Paranoid-Demente wären; dagegen kann es keinen Widerspruch erwecken, wenn man erklärt, daß Ungesellige, Gemütsfalsche, Unklare, Verbohrte zwar besonders oft in D. p.-Familien, aber auch außerhalb dieser Kreise vorkommen. Statt mit *Kretschmer* zu sagen: in den Familien Schizo-

phrener befinden sich viele „Schizoide“, die feineren Ausläufer der Schizophrenie reichen bis ins Heer der Gesunden hinein, in allmählicher Abschwächung über „Schizoide“ zu „Schizothymen“ — wäre die Sachlage richtiger so ausgedrückt: Es gibt unter den normalen und den seelisch abwegigen „psychopathischen“ Menschen mehrere Arten, die in diesem oder jenem Zuge gewissen Symptomen der endogenen Defektpsychosen ähneln und die „schizophil“ und „schizoaffin“ sind, da sie mehr als andere Menschen zur Erkrankung an Psychosen der schizophrenen Krankheitsgruppe neigen und sich im Erbkreise Schizophrener häufiger finden als außerhalb derselben. Sie verhalten sich zu den schizophrenen Krankheiten wie der langwüchsig-flachbrüstige Körperbau — der (auch zu unrecht sogenannte Habitus „phthisicus“) zur Lungentuberkulose.

Es sei nur im Vorbeigehen bemerkt, daß es noch weniger berechtigt ist, von einem „schizoiden Körperbau“ zu reden, wie *Kretschmer* das tut. Auch wenn alle seine Angaben über den Körperbau Schizophrener und Schizoider zutreffen sollten, bestände nur — wie übrigens *Kretschmer* an andern Stellen selbst sagte — eine konstitutionelle Affinität, und zwar eine einseitige Affinität der Schizophrenie zu den asthenischen und dysplastischen Körperbauformen, die in weitem Umfange ja auch außerhalb der D. p. vorkommen.

Wir müssen wohl annehmen, daß die schizoiden Psychopathien den Ausdruck einer Schwäche eines oder mehrerer psychischer Systeme darstellen, auf deren Boden dann erst die Erkrankungen, wie *Kleist* ausführt, unter der Einwirkung noch unbekannter, wahrscheinlich endotoxischer Bedingungen entstehen, die ihrerseits wahrscheinlich eine Affinität zu den einzelnen minderveranlagten Hirnsystemen besitzen. Dies entspräche dem von *E. Kahn* gesuchten Erbfaktor „Prozeßpsychose“, den auch *Kahn* in endotoxischen Vorgängen vermutet.

Die Katatonie ist nach *Kleist* im wesentlichen eine Erkrankung der psychomotorischen Systeme, die Hebephrenie vornehmlich eine solche des Gemütslebens und seiner anatomischen Träger, bei der Schizophrenie im engeren Sinne ist vornehmlich der Gedankenablauf, die Vorstellungsfindung und der sprachliche Ausdruck gestört (Paralogien, Inkohärenz, sprachliche Störungen). Bei der progressiven Beziehungspsychose ist das Beziehungsdenken und die Einstellung der Persönlichkeit zu Menschen und Dingen im Sinne von Fehl-



beziehungen und persekutorischen oder expansiven Eigenbeziehungen gestört. Auf der Störung jeweils besonderer seelischer Einrichtungen muß auch das auf allen Sinnesgebieten sich zeigende Halluzinieren der progressiven Halluzinose und die krankhaft gesteigerte und veränderte Phantasietätigkeit der Phantasiophrenen beruhen. Allen seelischen Einrichtungen liegen besondere Hirnsysteme von verschiedener Lokalisation zugrunde. Die bei der Katatonie und Hebephrenie gestörten Hirnsysteme liegen zu einem großen Teil jedenfalls in den Stammganglien, die übrigen Formen der endogenen Defektpsychosen sind dagegen im wesentlichen kortikale Erkrankungen. Paralogien und schizophasische Störungen sind nach *Kleist* Herdsymptome, die dem Übergangsgebiet von linkem Schläfe- und Hinterhauptslappen angehören. Über die Beschaffenheit und Lage der bei den übrigen Formen der endogenen Verblödungen gestörten Hirnapparate sind noch keine näheren Vorstellungen möglich. Wenn sich die Erscheinungen mehrerer dieser „Systemerkrankungen" häufig miteinander verbinden, wie das tatsächlich bei den Psychosen des schizophrenen Kreises oft der Fall ist, so läßt das erbbiologisch an eine Faktorenkoppelung denken.

Was die auf die minderveranlagten Hirnsysteme einwirkenden Bedingungen der Krankheitsprozesse seien, ist zwar noch ungewiß. Man wird aber, wie erwähnt, an irgendwelche endotoxischen Einwirkungen denken dürfen, an endokrine oder sonstige somatogene Gifte, die untereinander verschieden sein und für die die einzelnen angeboren minderwertigen Hirnsysteme der Schizoiden eine elektive Empfindlichkeit auf Grund ihrer qualitativ verschiedenen chemischen Lebensvorgänge besitzen dürften.

Anhang: Ausgewählte Familien.

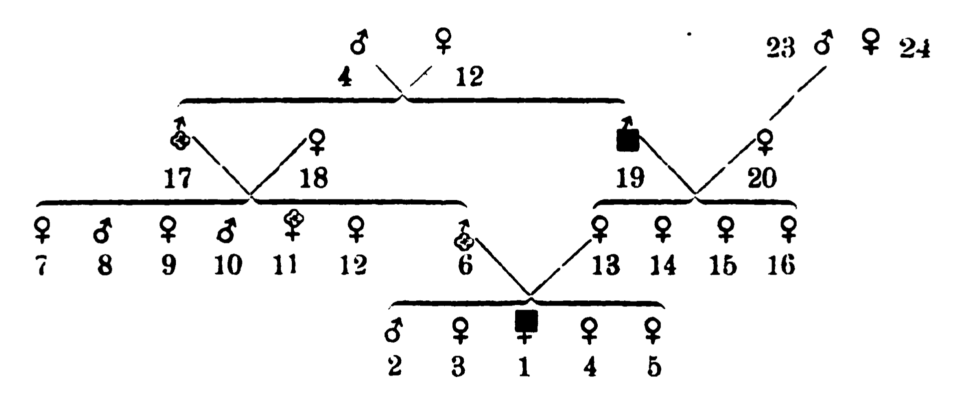
Da mit dem vorliegenden Material keine statistischen Zwecke verfolgt werden, die Arbeit lediglich als ein Beitrag zur Klärung der Psychopathenfrage in den D. p.-Familien gedacht ist, seien zum Schluß nur einige in dieser Hinsicht interessante Familien aus dem Gesamtmaterial hier angeführt.

Die endogenen Defektpsychosen wurden in den Stammbäumen mit einem ■, die Psychopathien, die diesen Psychosen nahe stehen, mit einem □ bezeichnet. Andere Psychosen sind als ◆, die übrigen Psychopathen und psychischen Anomalien als ⊕ gekennzeichnet, Verbindungen solcher mit schizoidem Träger durch ●





Familie I. E.



1. Pat. Helene Elisabeth E., geb. 2. 2. 1900 zu Frankfurt a. M. Sie war von Kind auf stets etwas eigen. In der Schule hat sie nicht gut gelernt, ist einmal sitzen geblieben. Stets für sich. 1913 Fall auf den Kopf. Seit dieser Zeit soll sie an Kopfschmerzen gelitten haben. Wurde Modistin. War im Geschäft sehr fleißig. Hatte im Geschäft kein rechtes Verhältnis zu ihren Kolleginnen. Glaubte, daß sie sie auslachten, weil sie nicht so gut angezogen sei. Mit 15 Jahren Selbstmordversuch. 17jährig in Köppern wegen Nervenschwäche. Kommt im Febr. 1918 zum erstenmal in die hiesige Anstalt wegen plötzlichen starken Erregungszuständen. Vorher soll sie schon tagelang stumpf und gleichgültig gewesen sein. Es handelte sich damals um eine Katatonie mit anfangs psychomonischer Erregung und Halluzinationen, die später in stuporösen Zustand überging. Im April 1918 gebessert entlassen. Sie arbeitete wieder in ihrem Beruf, litt aber dauernd unter Wahnideen, sie sei krank, die Geschwister seien krank, sie werde verfolgt. Sept. 1919 wiederum Aufnahme in der hiesigen Klinik. Auch diesmal Erregungszustände, Negativismus, Inkohärenz des Gedankenganges, Halluzinationen des Gehörs und Gesichts. Es erfolgte im Jan. 1920 Verlegung nach Herborn. Von dort kehrte sie im Aug. 1920 nach Hause zurück, begann wieder zu arbeiten. Ihre Arbeitgeber waren mit ihr zufrieden. Sie war auffallend still und zurückhaltend. Für Vergnügungen hatte sie keinen Sinn, seit Jan. 1922 konnte sie nicht mehr arbeiten, sie gab keine Antwort mehr und redete verwirrt. Sie wurde deshalb hier wieder aufgenommen. Sie spricht wenig, ist sehr abweisend, sitzt oder liegt stumpf, oft grimassierend im Bett. Zeigt das Zustandsbild des katatonen Stupors.

2. Heinrich E., geb. 1896. In der Schule gut gelernt. Wurde Friseur. Ging nach dem Kriege, währenddessen er im Felde war, in den Bahndienst, wie sein Vater. Ruhiger, zugänglicher, affektiv ansprechbarer Mensch, guter Beamter. Noch nie krank gewesen.

3. Anna E., geb. 1898, Schneiderin, heiter und aufgeräumt. Fleißig im Beruf.

4. Grete E. (19 J.), Verkäuferin.

5. Adelhaid E. (14 J.). Beide haben gut gelernt. Sie sind beide von freundlichem Wesen, gemütlich anregbar. Sie zeigen bisher keine abnormen Züge.



6. Peter E., Vater der Pat., 56 J. Als Kind Rachitis. Das Lernen fiel ihm leicht, kam früh von Hause weg. Wurde Schuhmacher und war als solcher längere Jahre für sich tätig. Nach seiner Verheiratung ging er in den Bahndienst, wo er sich pekuniär besser stand. Er ist ein ruhiger, freundlicher, zugänglicher Mann, der für die an ihn gerichteten Fragen Verständnis zeigt und bereitwillig Auskunft gibt. Er sei von je her etwas nervös gewesen, habe sich immer leicht aufgeregt. Im Bahndienst habe sich seine Nervosität noch verschlimmert, so daß er 1919 eine Zeitlang in ärztlicher Behandlung war. Er ist leicht ermüdbar, hat leicht Kopfschmerzen und hat mit Herzbeschwerden zu tun, die besonders nach längerer Anstrengung und nach Aufregung schlimmer werden. Der Besuch seiner Tochter greift ihn jedesmal stark an. „Er kann das Elend nicht mitansehen." Schickt deshalb meist seine Frau, „weil er sonst für den ganzen Tag fertig ist." Öfters Bronchitis.

Diagnose: Reaktive Persönlichkeit mit leichten hysterischen Zügen.

7. Mit einem halben Jahr gestorben.

8. Vatersbruder, war Schuhmacher. War ein gutmütiger, lebenslustiger Mensch. Mit 59 J. verstorben. 2 Kinder, von denen eins an Tbk. gestorben ist.

9. Vatersschwester, verheiratet, 3 Kinder.

10. Vatersschwester, verheiratet, 4 Kinder. Beide ohne abnormen Züge..

11. Vatersschwester. Seit Jugend nervös, leicht aufgeregt. Neigte stets zu hysterischen Reaktionen. Lebenslustig. Hatte ein voreheliches Kind; heiratete später. Ihr Mann soll ihr oft Vorwürfe ihres Kindes wegen gemacht haben. Danach geriet sie immer in heftige Erregung. Sie zitterte am ganzen Körper. War eine Zeitlang wegen dieser Erregungszustände im Sanatorium. Im Haushalt war sie weiter nicht auffällig. Die Neigung zu reaktiven Erregungszuständen blieb auch nach der Sanatoriumsbehandlung bestehen, nahm allmählich wieder zu. Sie wollte von neuem ins Sanatorium gebracht werden, wehrte sich aber sehr dagegen. Hat sich am Tage vor ihrer Überführung mit Lysol vergiftet (38 J.).

Diagnose: Hysterie. — 3 Kinder, angeblich gesund.

12. Mit einem Jahr gestorben.

13. Die Mutter der Pat., 58 J. alt, von kräftigem Körperbau, der Pat. ähnelnd, stark myop. Sie hat angeblich gut gelernt, war dann bis zu ihrem 24. J. in Stellung. Heiratete ihren Vetter Peter E. Sie ist ruhig, freundlich, von offenem Wesen, an allem Anteil nehmend, gesellig. Nie nervös oder aufgeregt. Tüchtig im Haushalt. Etwas Abnormes ist nicht nachzuweisen.

14. Mutterschwester Anna. Verheiratet, ein angebl. gesundes Kind.

15. Mutterschwester Dina, Verheiratet, 2 angebl. gesunde Kinder.

16. Jüngste Mutterschwester (46 J.). Schneiderin. Ledig. Ernst und fleißig. Nichts Abnormes.

17. Vater des Peter E. Tüchtiger, strebsamer Handwerker. Sehr besorgt um seine Familie, rastlos tätig. „Hat sich tot geschafft."



Offenes, anteilnehmendes Wesen. „Hitzig." Auf alles Erleben zu rasch und zu sehr ansprechend. Eine leicht erregbare Persönlichkeit. (Reaktive Persönlichkeit.) Mit 46 J. an Tbk. gestorben.

18. Dessen Ehefrau. Gesunde, kräftige, lebenslustige Frau. 36 J. alt an Typhus gestorben.

19. Vater der Frau E., Bruder des vorigen. War von Beruf Weber. Wurde später Landbriefträger, weil er als Weber wenig verdiente. Er sei in diesem Beruf stets tüchtig gewesen. Die Vorgesetzten waren zufrieden. Er war ein ruhiger, gesprächiger, keineswegs ungeselliger Mensch. Nie mißmutig oder nörgelnd. Auch nicht sehr empfindlich oder übelnehmerisch. Führte in den letzten Jahren seines Lebens einen Erbschaftsprozeß, den er verlor. Seitdem trat eine Änderung seiner Persönlichkeit ein. Er begann zu trinken, machte sich und andern Vorwürfe, glaubte, man wolle ihn schädigen. War jetzt leicht reizbar und jähzornig, hatte oft Streit. In der Ausführung seines Berufes angeblich keine Veränderung wahrnehmbar gewesen. Auf dem Heimweg von seinem Dienst hat er sich plötzlich, 46j., ohne vorangegangene Aufregung erschossen. Einen Grund oder eine besondere Veranlassung weiß Ref. nicht anzugeben. — Wir sehen eine bis in den 40er Jahren intakte Persönlichkeit. Erst in diesen Jahren wird im Anschluß an einen verlorenen Prozeß eine Wesensänderung bemerkbar. Er fühlt sich beeinträchtigt, wird reizbar, ja jähzornig, streitsüchtig und mißtrauisch. Er beginnt zu trinken und begeht plötzlich ohne ersichtlichen Grund Selbstmord. — Der Gedanke an eine Paranoia liegt nahe. Es fehlt jedoch die Verarbeitung des Wahnes, das Wahnsystem, und schließlich ist der unmotivierte Suizid doch auch etwas für den Paranoiker ungewöhnliches. Eine Involutionsparanoia dürfte man teils aus demselben Grunde ablehnen; wahrscheinlich liegt ein beginnender Prozeß im Sinn einer paranoiden Defektpsychose vor.

20. Mutter der Frau E. Tüchtige, körperlich gesunde Frau. Wurde 84 J. alt. Keine auffallenden Charakterzüge.

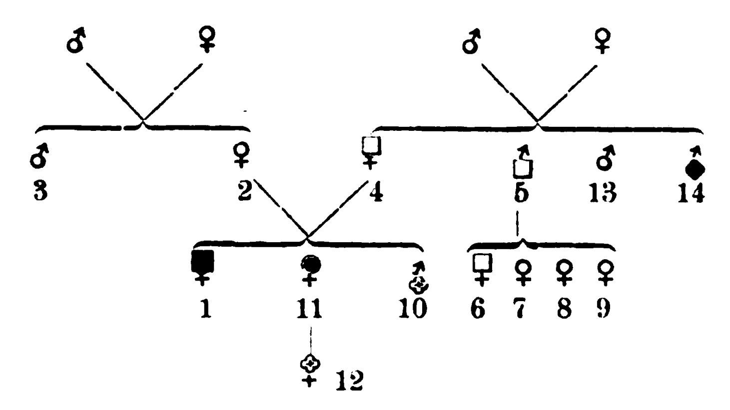
21., 22. Sehr alt geworden.

23., 24. Beide über 70 J. alt geworden.

Zusammenfassung. — Dürfen wir bei den etwas spärlichen Angaben über 19. an dem Verdacht einer paranoiden Defektpsychose festhalten, so läge hier ein rezessiver, direkter Erbgang vor. Die Mutter der Pat., die dann zweifellos heterozygot sein muß, zeigt phaenotypisch keinerlei Zeichen einer schizoiden Persönlichkeit. Es besteht die Möglichkeit, daß die Anlage zur Psychose aus der Familie der gemeinsamen Großeltern 21/22 stammt, von denen aus auch der Peter E. Nr. 6 genotypisch belastet sein dürfte. Dessen reaktives Naturell stammt ebenso wie die Neigung von dessen Schwester zu hysterischen Reaktionen aus der väterlichen Familie. Der Vater (17.) zeigt ja auch ein etwas abnormes Ansprechen auf Erlebnisse in seinem leicht erregbaren Charakter. In diesem Zusammenhang dürfte die Beobachtung nicht uninteressant erscheinen, daß die Pat. ihrer Gesichtsbildung und Gestalt der Mutter (13.) ähnelt, während ihre Geschwister dem Vater nachschlagen, der seinerseits wieder ganz seinem Vater ähnlich sehen soll.



Familie II. Sch.



1. Pat. Marie Sch., geb. 22. 7. 81. Leidet von Kindheit auf viel an Kopfschmerzen, war immer etwas aufgeregt, launisch, duldete keinen Widerspruch. Seit 1905 verheiratet. 5 Kinder, öfter Aborte. Ehemann seit dem Kriege nervös, seitdem viel Sorgen in Familie. Weil sie schon einige Wochen sehr aufgeregt ist, phantasiert, Halluzinationen hatte, unter Wahnvorstellungen leidet und ihren Haushalt vernachlässigt, wird sie am 13. 2. 22 in die Klinik gebracht. Hier ist sie örtlich desorientiert, redet inkohärent, verbigeriert. Urteilsfähigkeit stark herabgesetzt, meist in psychomotorischer Unruhe, ist schwer zu fixieren, meist negativistisch ablehnend. Diagnose: Schizophrenie.

Erblichkeitsverhältnisse: 2. Vater der Pat., Gastwirt, später Taglöhner, leutselige, gutmütige Natur. Ein gerader, offener Charakter, kein Trinker, nicht ausschweifend. Seit einem Unfall kränklich. 49j. an Tbk. gestorben.

3. Vatersbruder Michel, Metzger. Ruhiger, überlegsamer Mensch ohne abnormen Züge.

4. Mutter der Pat. Mit 14 J. von Hause weg, viele Jahre in derselben Stellung. Erst mit 30 J. geheiratet. Tüchtig in Haushalt und Wirtschaft. Arbeitsam und ruhig. Gut zu den Kindern. Lebte sehr zurückgezogen. Sei auch in ihren jungen Jahren wenig ausgegangen. Gar empfindlich und leicht verletzt. Leicht etwas nachtragend. Autist.

5. Bruder der Mutter, Leonhard, Diener, von je her sehr ernst. Man achtet ihn sehr in seiner Stellung, weil er sehr gewissenhaft ist, ohne ihn besonders gern zu haben. Verschlossener, wenig mitteilsamer, ungeselliger Mensch. Autist.

6. Eine Tochter desselben, Krankenpflegerin. Ist stets für sich gewesen und ihre eigenen Wege gegangen. Äußerst gewissenhaft. Autist

7. u. 8. Zwillinge ohne Besonderheiten.

9. Mit 20 J. gestorben; o. B.

10. Bruder Gustav, 37 J., gut gelernt in der Schule. Wurde Feinmechaniker. Einige Jahre in der Fremde tätig. Verheiratet. Sehr gutmütig. Braust einmal leicht auf, um dann auch gleich wieder besänftigt zu sein. Kam überall mit den Leuten gut aus. Sehr gesprächig, gern in froher Gesellschaft. Kommt gut vorwärts in seinem Berufe. Hypomanisch?



11. Schwester Minna. War immer recht lebhaft, hat gern getanzt und Vergnügungen mitgemacht. Sie ist zugänglich, gibt jedoch nur etwas zögernd Auskunft. Sei auch leicht etwas empfindlich. Zusammengesetzte Psychopathie: hypomanisch + schizoid.

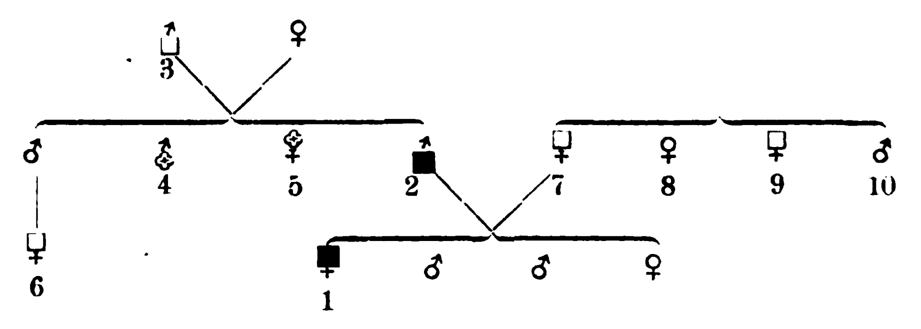
12. Ihre älteste Tochter ist etwas phlegmatisch, langsam im Lernen, macht sich nicht viel aus Tadel. Debil.

13. Michael, Muttersbruder. Landwirt. Ruhig, strebsam, gesellig.

14. Johann, Muttersbruder. Ebenfalls Landwirt. Ledig. Immer sehr ruhig, jedoch zugänglich und warmherzig. Zuletzt sehr depressiv, macht sich viel Gedanken. Nahm alles sehr schwer und ernst. Er hat sich, 84 j., erhängt. (Melancholie.)

Zusammenfassung: Die Vatersfamilie erscheint gesund. Die Anlage zur Schizophrenie dürfte von Seiten der Mutter stammen, die in ihrer Empfindlichkeit ebenso wie ihr Bruder in seinem verschlossenen, wenig mitteilsamen Wesen autistische Züge bietet. Die Melancholie des Johann (14.), der zeit seines Lebens ein zugänglicher Mensch mit affektiv gutem Rapport gewesen ist, darf man wohl mit der Erkrankung nicht in Zusammenhang bringen. Es zeigen sich auch in dieser Familie einige zyklothyme Einschläge und in einer Schwester der Pat. (11.) eine zusammengesetzte eigenartige Persönlichkeit mit hypomanischen und zugleich paranoid-autistischen Zügen.

Familie III, Sp.



Pat. Elisabeth Sp., geboren am 24. 1. 01, Dienstmädchen. Soll sehr gut gelernt haben. War tüchtig im Haushalt und bei der Arbeit. Hat nie Freundinnen gehabt. War in letzter Zeit viel aufgeregt. Ging von Hause weg, um eine Stellung anzunehmen. Erkrankte gleich am ersten Tage in dieser Stellung. Sehr ängstlich, sah Hexen, schrie laut und schlug um sich, wurde deshalb zur Anstalt gebracht. Hier einförmige Sprache und Bewegungen, erzählt ihre Halluzinationen, singt in einförmiger Weise zusammenhanglose Sätze vor sich hin, die meist religiösen Inhalt haben. Oft steigert sich dabei der Affekt zur religiösen Ekstase. In der Folgezeit abwechselnd Stupor mit psychomotorischer Erregung. Verbigeration. Oft grimmassierend, negativistisch. Diagnose: Katatonie.

Erblichkeitsverhältnisse: 2. Vater der Pat., geb. 1876, Fabrikarbeiter. Von je her etwas eigenartig, hatte seinen eigenen Kopf. Zweimal Suizidversuch. 1908 tiefsinnig. Hat 14 Tage kein Wort gesprochen, anschließend daran wurde er unruhig, jammerte viel, wurde schließlich



erregt und zur psych. Klinik Würzburg gebracht. Hier war er anfangs meist gedrückter Stimmung, weinte viel oder lag unbeweglich im Bett. Von Zeit zu Zeit hatte er stärkere Erregungszustände. Schrie laut und wurde tätlich gegen die Mitpatienten. Später nach Werneck verlegt. Auch hier Erregungszustände, später stand er viel im Zimmer herum, sprach vor sich hin, war für Fragen unzugänglich, zeigte ein mürrisches Wesen. Wechselte sehr in seinem Verhalten. Über Sinnestäuschungen ist nichts von ihm zu erfahren. 1909 war er zugänglicher, beteiligte sich an der Arbeit und nimmt wieder Interesse an der Außenwelt. April 1909 auf Betreiben seines Vaters ungeheilt aus der Anstalt entlassen. Seitdem zu Hause, jedoch geistig dauernd nicht normal. Diagnose: Katatonie mit anfangs depressiven Zügen.

3. Großvater väterlicherseits, soll ein eigenartiger Mensch gewesen sein. Schizoid?

4. u. 5. Ein Bruder und eine Schwester des Vaters, sind angeboren blödsinnig. Der Bruder hatte 6 Finger und 6 Zehen (Degenerationszeichen).

6. Vatersbruder Benedikt, hat eine Tochter, die sehr menschenscheu ist. Autist?

7. Mutter der Pat. Aufgeregt, leicht reizbar, jähzornig. Sehr religiös. Geht wenig aus sich heraus. Autist?

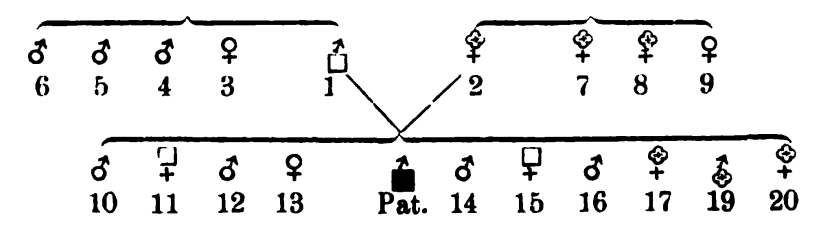
8. Helene, ernst, dabei gemütlich zugänglich. Arbeitsam, tüchtig.

9. Johanna, nicht verheiratet. Stets eigen und für sich. Übermäßig religiös, fanatisch. Paranoid?

10. Heinrich; o. B.

Zusammenfassung: Wir sehen hier eine direkte Vererbung der Psychose, auch finden wir bei Vater und Tochter die gleiche klinische Form der Katatonie. Die Psychose ist jedoch bei der Tochter in früheren Jahren aufgetreten als bei dem Vater (Anteposition). Bei dem rezessiven Erbgang der Dementia praecox müßten wir hier auch für die Mutter eine schizophrene Keimanlage theoretisch annehmen. Sie wird uns als reizbare, jähzornige Frau, die wenig aus sich herausgeht, geschildert. Eine Schwester von ihr ist fanatisch religiös und etwas eigen. Vielleicht handelt es sich hier um eine paranoide Persönlichkeit. In der Vatersfamilie befindet sich noch eine schizoide und eine autistische Persönlichkeit. Der Großvater (3) und eine Tochter des Vatersbruder Benedikt, zwei Geschwister des Vaters sind schwachsinnig und zeigen körperliche Degenerationszeichen.

Familie V. W.



1. Pat. Heinrich W., geb. 1897. Katatonie mit einförmiger psychomotorischer Erregung.



Erblichkeitsverhältnisse: 1. Vater des Pat. tüchtiger, strebsamer, zurückhaltender und arbeitsamer, gemütskalter Mensch. (Unter den heboiden Psychopathen eingehender geschildert.)

2. Mutter des Pat. Zykloide Persönlichkeit mit öfteren erheblichen Stimmungsschwankungen. (Oben näher geschildert.)

3. Vatersschwester Dora. Gutmütig, zugänglich, sehr religiös.

4. u. 5. Zwei Brüder des Vaters; gesund.

6. Vatersschwester. Äußerst gutmütig, gesellig.

7. Muttersschwester Dora. Lustig und immer aufgeräumt. Sie geht etwas leicht über alles hinaus. Hypomanisch?

8. Muttersschwester Magdalene. Mit 40 J. gestorben. War immer sehr traurig, hat alles sehr schwer genommen und sich viel Gedanken gemacht, ohne eigentlich Grund dazu zu haben (depressive Konstitution).

9. Gesund.

10. Bruder Georg. Mit 22 J. an epidemischer Genickstarre gestorben; o. B.

11. Schwester Babette, 35 J. alt. Hat in der Schule nicht gut gelernt, war sehr widerspenstig und schlecht zu erziehen. Ist öfter sitzen geblieben. Hat früh geheiratet. Im Haushalt sehr phlegmatisch, hat keine Ordnung. Ist ohne jedes Interesse. Hält nichts auf sich. Ist recht stumpf und gleichgültig. Dabei sehr dumm, geschwätzig (heboid und imbezill).

12. Bruder Christof, Landwirt. Ruhiger, gutmütiger, strebsamer Mensch.

13. Schwester Katarine; o. B.

14. Bruder Andreas. Landwirt. Gutmütiger Mensch, angenehmer Gesellschafter. Im Kriege gefallen.

15. Schwester Margarete. Etwas eigene, reservierte, ehrgeizige Persönlichkeit. (Unter den autistischen Psychopathen näher geschildert.)

16. Bruder Fritz; o. B.

17. Schwester Marie. Lustig, gesprächig, fleißig.

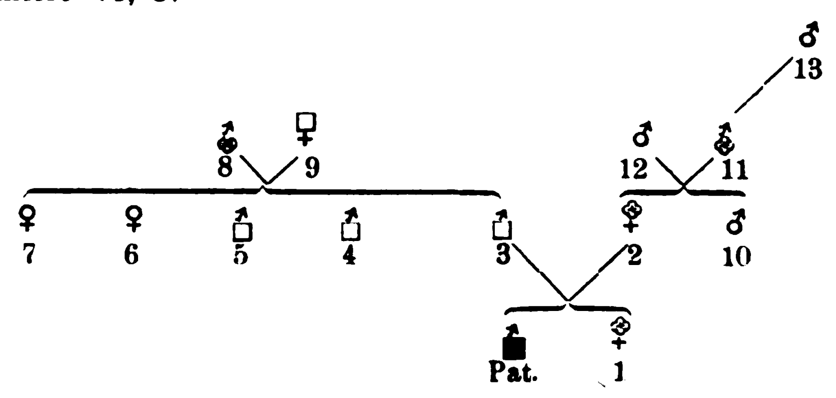
19. Bruder Philipp. Heiteres Temperament.

20. Schwester Anna. Lebhaftes Temperament mit hypomanischen Zügen. Eingangs näher geschildert.

Zusammenfassung: Wir sehen in dem Vater einen regen, tüchtigen Geschäftsmann, finden außer einer ausgesprochenen Gefühlskälte keine abnormen Züge. Die Mutter erscheint mit ihrer festeren Grundstimmung und ihren öfteren depressiven Verstimmungen zyklothym, ebenso neigt eine ihrer Schwestern mit ihrer vorwiegend traurigen Gefühlsbetonung und die andere hypomanische mehr zum manisch-depressiven Formenkreis. Von den Kindern zeigt 20. bei ihrem lebhaften Temperament deutlich hypomanische Züge, in geringerem Grade auch die Geschwister 17. und 19. Eine Schwester (15.) fällt durch ihr besonderes, empfindliches und ehrgeiziges, dabei etwas gemütskaltes Wesen auf, so daß wir sie als autistisch oder als heboid bezeichnen können. Eine andere Schwester (11.) zeigt einen heboiden Charakter, wenn man nicht bei der Abstumpfung der Interessen, bei dem Mangel an Tatkraft und Streben und ihrer Gleichgültigkeit an eine Hebephrenie denken will.



Familie VI, O.



Pat. Hermann O., geb. 1903. Landwirt. Heboide präpsychotische Persönlichkeit. Kommt wegen eines Erregungszustandes in die Anstalt. Zeigt hier läppisch-heitere Stimmung, tut sehr ungeniert, ist örtlich und zeitlich nicht richtig orientiert. Hört Stimmen, hat Körpersensationen. Es fehlt ihm hier die Initiative. Im Vordergrunde des Krankheitsbildes steht das Fehlen adäquater Affekte, ein albernes, läppisches, ungeniertes Benehmen. Dabei zeigt er Beziehungs- und Erklärungsideen. Diagnose: Hebephrenie.

Erblichkeitsverhältnisse: 1. Schwester des Pat. Johanna, 18 J. Affektiv ansprechbare, lebensfrohe Persönlichkeit mit Neigung zu reaktiven Verstimmungen.

2. Mutter des Pat. Affekt-labile, imbezille Person mit Neigung zu hysterischen Reaktionen.

3. Vater des Pat. Von Hause aus Landwirt, bekam mit 18 J. den Einfall, Geometer zu werden. Zeigte sich jedoch hierzu unfähig. Nach seiner Heirat betrieb er wieder Landwirtschaft, bewirtschaftete das kleine Bauerngut seiner Frau. Selbst zu phlegmatisch und faul zum Arbeiten, ließ er Knechte und Tagelöhner die Arbeit verrichten und spielte den Großbauern. Der kleine Betrieb hielt es jedoch nicht aus, er mußte verkaufen. Zog in die Stadt, wurde Gastwirt. Der Gastwirtsbetrieb ging anfangs gut. Es gelang ihm, aus dem Verdienst ein Miethaus zu erstehen. Nun gab er die Wirtschaft auf und lebt bis heute von dem Gelde, das sein Haus und das Vermögen seiner Frau ihm einbringt. Er weiß nie, was er will, hat immer viel Pläne im Kopf. Sein Wesen ist unfreundlich und unwirsch. Meist verschlossen. Sehr egoistisch. An manchen Tagen oft grundlos erregt. Wird dann tätlich gegen die Frau. Gemütlich, soweit nicht seine Person in Frage kommt, stumpf und gleichgültig. Heboid.

4. Vatersbruder Johannes. Paranoider Sonderling, nutzloser Erfinder.

5. Vatersbruder Karl. Haltloser Mensch, der nicht gut tat und viel trank, früh gestorben (heboid?).

6. u. 7. Zwei Schwestern des Vaters ohne abnorme Züge.

8. Großvater. Maurer. Leicht jähzornig. Oft tagelang getrunken (zweifelhafte Psychopathie).

9. Großmutter. Reserviert, empfindlich, leicht gekränkt. Paranoid.



10. Bruder der Mutter, Philipp, 18j. gestorben.

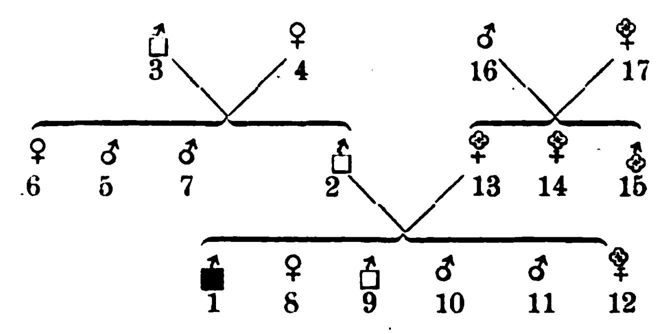
11. Mutter der Mutter. Leicht reizbare, launische, zu hysterischen Reaktionen neigende Persönlichkeit.

12. Vater der Mutter. Ernster, ruhiger, strebsamer Landwirt.

13. Großvater der Mutter. Humorvoller, guter Gesellschafter.

Zusammenfassung: Der Vater eine deutlich heboide Persönlichkeit. Die Mutter schwachsinnig und hysterisch. Wir sehen wiederum, eine direkte gleichartige Vererbung. Einen Bruder des Vaters (4.) darf man wohl bei seinem recht unklaren und zwecklosen Erfinderdrang als paranoiden Sonderling bezeichnen. Auch dessen Mutter zeigt wohl in ihrer überstolzen Reserviertheit und ihrer Empfindlichkeit paranoide Züge. Ein anderer Vatersbruder (5.) und ebenso der Großvater (8.) bieten das Bild des haltlosen, leicht erregbaren Psychopathen (vielleicht heboid?).

Familie VIII, V.



1. Pat. Wilhelm V., geb. 1866, Oberlehrer. Katatonie. Autistische, präpsychotische Persönlichkeit. Mit 21 J. katatoner Erregungszustand mit Verfolgungsideen, der nach $^1/_4$ J. abklang. Mit 33 J. erneute Erregung, wiederum eine Menge Wahnideen. Seit der Zeit in der Anstalt. Allmähliche Verblödung. Bietet heute das Bild des katatonen Stupors mit Stereotypien.

Erblichkeitsverhältnisse: 2. Vater des Pat. als gemütskalter Streber eingangs geschildert. Heboid.

3. Großvater väterlicherseits, Aktuar. Ruhige, etwas phlegmatische Natur. Er lebte sehr einfach und zurückgezogen. Liebte es aber, im Kreise seiner Amtsgenossen sein Glas Wein zu trinken. Sein Interesse war immer seinem Berufe zugewandt und blieb meist an den kleinen Alltäglichkeiten desselben hängen. Autist.

4. Großmutter väterlicherseits. Ruhige, ernste Frau.

5., 6. u. 7. Alles ruhige Menschen von heiterem, freundlichem, zugänglichem Wesen.

8. Mit $^3/_4$ J. gestorben.

9. Bruder Matthäo, 59 J. War als Kind schwer zu erziehen. Lernte mäßig. Nach seiner Schulzeit wurde er ruhiger. Ist jetzt sehr ernst. Ist nicht verheiratet. Besucht keine Gesellschaft, lebt ganz zurückgezogen. Dabei in guten Verhältnissen. Autist.

10. Bruder Alfred. Lebhafte, heiter angelegte Natur. Offizier. Gewissenhaft, sparsam.



11. Bruder Otto. Ruhig, weniger intelligent, Kaufmann. Ging früh nach Argentinien, dort soll es ihm gut gehen.

12. Schwester Berta. Lebhaft. Liebte es nicht, sich im Haushalt zu betätigen, war viel in Gesellschaften. Lebenslustig, wollte die Welt sehen, ging deshalb nach Amerika.

13. Mutter des Pat. Lebhaftes, etwas sprunghaftes Wesen. 17jährig, hatte sie sich übereilt mit einem Pfarrer verlobt, den sie eben erst kennen gelernt hatte. Sie besuchte gern Gesellschaften, tanzte gern. Der Bräutigam war hierfür nicht zu haben. Nach einem Ball, bei dem sie recht toll und ausgelassen gewesen war, kam es zu Auseinandersetzungen, das Verlöbnis wurde aufgehoben. Heiratete später gegen den Willen ihrer Eltern. War dann eine tüchtige Hausfrau. Eine lebhafte, reaktive Natur, deren Handlungen weniger verstandesgemäß als gefühlsgemäß entstehen.

14. Ihre Schwester, Frau O. Als affektlabile Persönlichkeit mit hysterischen Zügen bereits eingangs geschildert.

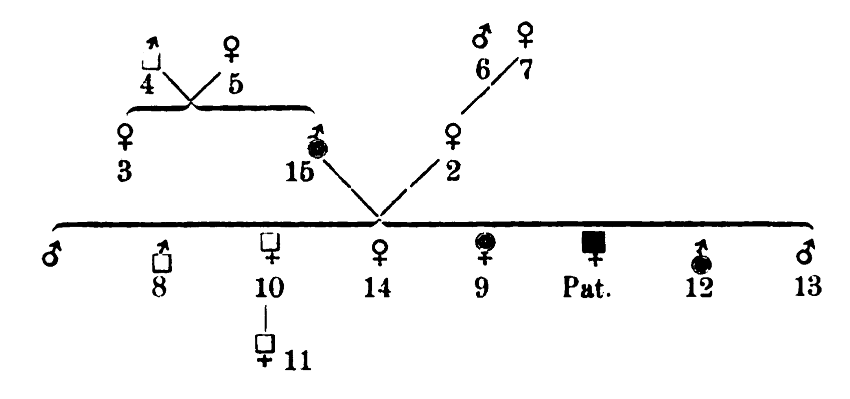
15. Bruder der Mutter. Leichtsinniger, etwas haltloser Mensch mit hypomanischen Zügen. (Bereits eingangs geschildert.)

16. Vater der Mutter, Kaufmann. Stets heiterer, gemütlicher, verständiger und tüchtiger Geschäftsmann.

17. Muntere, lebenslustige Frau.

Zusammenfassung: In der Familie V. sehen wir weder unter den Geschwistern noch in der Aszendenz eine weitere Defektpsychose. In der Familie der Mutter sind 2 Psychopathen, die zu hysterischen Reaktionen neigende Frau O. (14.) und der leichtsinnige, hypomanische Bruder der Mutter (15.). In der Vatersfamilie und unter den Geschwistern des Pat. fallen einige sonderbare Charaktere auf. So der Vater (2.), ein gemütskalter, pedantischer Streber, der Großvater (3.), der recht zurückgezogen lebte und ganz in den Alltäglichkeiten seines Berufes aufging, endlich der Sohn Matthäo (9.), der als Junge widerspenstig und schlecht zu erziehen war, jetzt übermäßig ruhig und ungesellig ist.

Familie IX, St.



1. Pat. Alice St., geb. 1858. Mäßige Schülerin. Von je her zurückgezogen, eigentümlich, lebensklug, fleißig. Mit 37 J. an einer Katatonie erkrankt (Erregungszustände, persekutorische Beziehungsideen, Hallu-

zinationen, Neigung zu einförmigen Bewegungen, negativistisch). Heute katatonische Verblödung.

Erblichkeitsverhältnisse: 2. Mutter der Pat., mit 17 J. geheiratet, 11 Kinder. Ruhige Natur, die sich ganz für ihre Kinder und ihren Mann aufopferte.

3. Vatersschwester. Früh gestorben.

4. Vater des Vaters. Gastwirt. Ein stolzer Mensch. Politisch eifrig tätig, freiheitlich gesonnen, gewährte vielen politisch anrüchigen Personen in seinem Hause Unterschlupf.

5. Mutter des Vaters. Humorvoll, gutmütig.

6. Vater der Mutter, früh gestorben.

7. Mutter der Mutter. Behäbige, gute Hausfrau.

8. Heinrich, geboren 1848. Schlechter Schüler. Schwänzte viel die Schule, wenig ansprechbar, haltlos und leichtsinnig, trieb sich später viel in schlechter Gesellschaft herum. 23j. an Tbk. gestorben. Heboid?

9. Laura, geb. 1858. Nicht verheiratet. Ernster, durch die Verhältnisse etwas eingeengter, stiller Mensch. Sehr empfindlich, reizbar, nervös. Kann sich nicht in neue Verhältnisse schicken. Immer etwas unzufrieden. Autist. mit reaktiven Zügen.

10. Molly, geb. 1856. Von früh auf eigentümlich. Ging ihre eigenen Wege. Wenig tüchtig. Gemütlich stumpf, gleichgültig. Potatrix. (Als heboide Psychopathin bereits geschildert.)

11. Deren ältester Sohn Friedrich. Schlechter Schüler. Tat nirgends gut, wurde früh kriminell. Trieb sich viel in der Welt umher. War sittlich verkommen. Leichtsinnig, furchtbar gleichgültig. (Als heboider Psychopath bereits geschildert.)

12. Hermann. Auch er ein schlechter Schüler. Wurde Landwirt. Immer sehr gleichgültig und oberflächlich. Für seine Person leicht empfindlich und leicht gereizt. Im übrigen stumpf. 35j. an Tbk. gestorben. Heboid mit reaktiven Zügen.

13. Fritz, ruhiger, zugänglicher Mensch mit offenem Wesen.

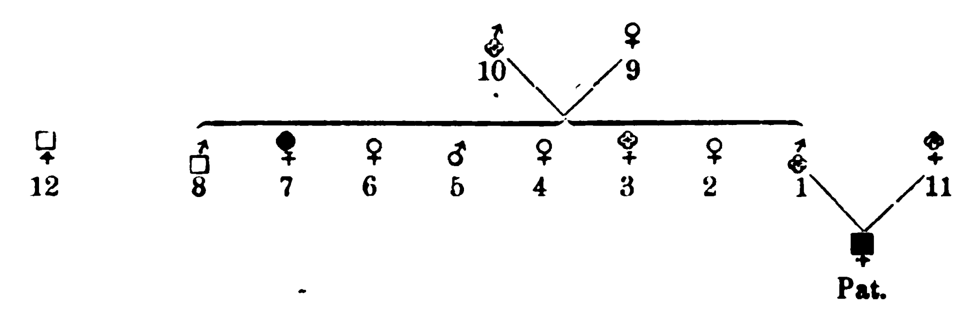
14. Lydia. Heitere, lebensfrohe Natur. Zugänglicher Mensch. Ist im Leben gut fortgekommen.

15. Vater der Pat., Friedrich. Sollte Kaufmann werden. War jedoch furchtbar ungeschickt und gar nicht für diesen praktischen Beruf geeignet. Fand sich auch später in den Dingen des realen Lebens nur schlecht zurecht. Eigener Kopf. Unternahm größere Reisen, bildete sich privat aus. Wurde Schriftsteller. Gründete politisch-satirische Zeitschrift. Kämpfte für die Freiheit seiner Vaterstadt 1866 in etwas fanatischer Weise. Hatte es nie verwinden können, daß Frankfurt damals preußisch wurde. Der Grundzug seines Lebens war ernst. Daneben hatte er eine Begabung für Humor und Scherz, die ihn zum beliebten Lokaldichter seiner Heimatstadt machte. Er ist viel für sich gewesen; zurückhaltend, ist selten in eine Gesellschaft gegangen, dagegen sah er gern intime Familienfreunde in seinem Hause. Lebte seinen Liebhabereien (Garten, Hühner, Kanarienvögel). Ging nie allein aus, hatte Platzangst. Auf jedes Erlebnis reagierte er gleich mit Aufregungen. Hatte öfters Visionen. Autistischer, am Ende auch etwas schizoider Psychopath mit mannigfachen hysterischen, hie und da auch hypomanischen Zügen.



Zusammenfassung: Der Vater ein autistischer Sonderling mit hysterischen und Zwangserscheinungen. Dabei paranoide Züge. Eine zusammengesetzte Psychopathie. Bei der Mütter ebensowenig wie in deren Familie abnorme Charaktere nachzuweisen. Interessant ist die Geschwisterreihe. Der älteste Bruder ein leichtsinniger Taugenichts, ein haltloser, heboider Psychopath. Die 2. Schwester Molly, auffallend starrköpfig, dabei doch ohne festen Willen, wie das besonders ihre Haltlosigkeit dem Trunke gegenüber dartut. Es trägt hierzu auch stark ihre gemütliche Gleichgültigkeit und Stumpfheit bei, die feinere ethische Gefühle nicht aufkommen lassen. Lassen diese abnormen Charakterzüge schon an Beziehungen zu endogenen Erkrankungen, speziell der Hebephrenie, denken, so treten diese Beziehungen noch mehr bei ihrem Sohne hervor. (11.) Ein Mensch, der von früh an nirgends gut tut, der sich auch bis heute, trotz vieler Erleichterungen, die ihm von seinen Verwandten zuteil werden, in eine geordnete bürgerliche Gesellschaft nicht hat einreihen lassen. Eine Moral insanity, die in ihrer Affektlosigkeit und Gleichgültigkeit sehr an die Fälle erinnert, die *Meggendorfer* als Parathymien beschreibt. Man muß beide als heboide Psychopathen auffassen. Bei der Schwester Laura (9.) finden wir wieder einige Züge des Vaters in der Empfindlichkeit, Reizbarkeit und dem schlechten Einfügen in neue Verhältnisse ausgeprägt. Ihr zurückgezogenes, stilles Wesen läßt sie als autistisch ansehen. Hermann (12.) muß als heboider Psychopath mit reaktiven Zügen gelten.

Familie X., D.



Pat. Leonie D., geboren 1893. Über die präpsychotische Persönlichkeit ist nichts bekannt. Sie ist mit 15 J. an einer Defektpsychose erkrankt, die infolge des Betroffenseins vorwiegend der Gemütsseite als Hebephrenie bezeichnet werden muß.

Erblichkeitsverhältnisse: 1. Vater der Pat., Adolf. Begabt, lebenslustig, leichtsinnig (Lues, Potator). Reizbar, jähzornig. Im Beruf äußerst energisch. Handelt ganz impulsiv. Reizbarer, haltloser Psychopath (epileptoid?).

2. Vatersschwester Valeria, ruhige Natur. Ohne abnormen Züge.

3. Emilie. Lebhafte, leicht aufbrausende Frau. Streitsüchtig, „eine Natur, die sich nichts gefallen ließ".

4. Leonie. Ruhig und still. 20j. an Typhus gestorben.

5. Louis. Talentvoller, begabter Mensch von heiterem Wesen. Sehr früh an Tbk. gestorben.

6. Eugenie. Lebhaftes Temperament, mit 30 J. an Typhus gestorben.

7. Virginie. Typische Epilepsie (eingangs geschildert).

8. Robert. 59 J. alt (Ref.). Kommt mit seiner sehr jungen Frau und 5jähr. Kind. Erst ist er etwas ungehalten darüber, daß der Herr Direktor ihn nicht selbst empfängt, der ihn doch bestellt habe. Bei der Exploration gibt er nur sehr unvollständige und ganz allgemeine Angaben. Muß von seiner Gattin immer wieder korrigiert und ergänzt werden. Von sich selbst sagt er mit etwas blödem Lächeln, „er sei die Ruhe selbst", sei Fabrikant, habe 2 Kompagnons, die jünger als er seien. Die Berufsarbeit sei ihm ziemlich gleichgültig, Ärger und Sorgen überlasse er den Geschäftsfreunden. Er lebe seinen Interessen. Mache seine Reisen. Bei eingehenderen Fragen gibt er ausweichende Antworten und ist etwas gereizt. Seine Gattin schweigt sich hier ebenfalls aus. Die durch die Verschlossenheit des Ref. etwas unklare Persönlichkeit erregt dem ganzen Äußeren nach den Verdacht eines Heboids (Hebephrenie?).

9. Großmutter; o. B.

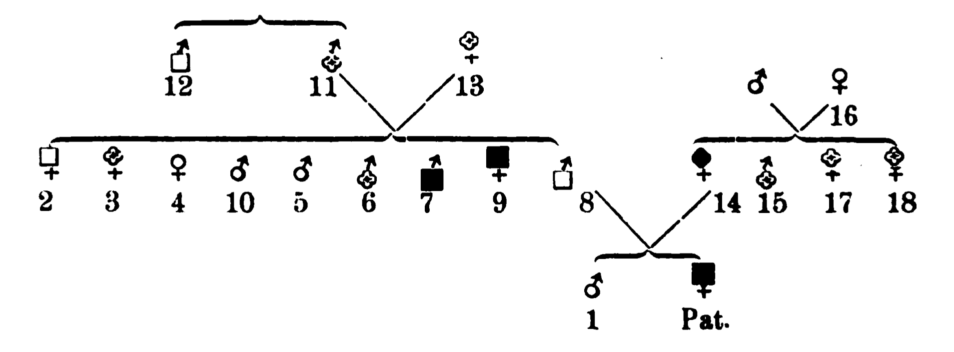
10. Großvater; sehr energischer Charakter. Jähzornig.

11. Mutter der Pat. War Balletteuse gewesen. Sehr temperamentvoll, etwas hysterisch. War sehr auf ihr Amüsement bedacht.

12. Eine Cousine vom Vater; war stets sehr für sich, wollte keine Fremden sehen (Autist?).

Zusammenfassung: Die Persönlichkeit des Vaters (1.) läßt bei seinem Jähzorn und seiner impulsiven Art an einen epileptoiden Psychopathen denken. Hierzu kommt noch, daß sich in derselben Generation eine typische Epilepsie (9.) findet, so daß dieser Gedanke auch durch erbbiologische Beziehungen gestützt wird. Dem Vater stehen sicher eine Schwester (3.) und der Großvater (10.) in ihrem streitsüchtigen, leicht aufbrausenden Wesen nahe. Den Vatersbruder Robert (8.) darf man wohl als Heboiden auffassen. Leider war über die Familie der Mutter, die als temperamentvolle, etwas hysterische Frau galt, nichts zu erfahren.

Familie XVI, M.



Pat. Martina M., geb. 1905. Katatonie mit psychomotorischer Erregung.

Erblichkeitsverhältnisse: 1. Bruder Pat., Josef; o. B.

2. Vatersschwester Maria. Stille, für sich lebende, nach außen hin wenig zugängliche, gelassene Persönlichkeit. Recht empfindlich, leicht gekränkt. Autist.' (Eingangs bereits geschildert.)



3. Vatersschwester Magdalene. Zugängliche, freundliche Frau. Weichherzig, leicht rührselig. (Eingangs bereits geschildert.)

4. Vatersschwester Elisabeth. Tüchtige, gutmütige Bauernfrau mit lebhaftem Temperament.

5. Vatersbruder Adam. Lebhaft, von offenem, geradem Charakter.

6. Vatersbruder Josef. Überaus gesellig. In jedem Verein; immer guter Stimmung. Hypomanisch.

7. Vatersbruder Johann. Mit 28 J. Erregungszustand, glaubte sich verfolgt, hatte Gehör- und Gesichtshalluzinationen. 1906/09 in der Anstalt Heppenheim. Dort stark gehemmt und teilnahmlos. Gelegentlich erregt und gewalttätig. Seit 1909 in Anstalt Alzey. Mutazistisch, negativistisch. Stereotypien. In letzter Zeit fortschreitende Demenz. Katatonie.

8. Vater der Pat. Philipp. Als autistische Persönlichkeit eingangs eingehend geschildert.

9. Vatersschwester Christine. Gut gelernt, tüchtig als Dienstmädchen. Später wurde sie gleichgültig. Sie hielt nichts auf sich, war unordentlich und schlampig. Im Haushalt phlegmatisch. Hat gern gut gelebt. Kein heiteres, lebenslustiges Temperament, eher stumpf und gemütskalt. In ihrem 36. Lebensjahr war sie 4 Wochen lang „durcheinander". Sie redete wirres Zeug, war sehr aufgeregt und äußerte absurde Ideen. Kannte sich im Haushalt nicht mehr aus. Hatte damals viel Kopfschmerzen. Nach 4 Wochen Besserung. Seitdem nicht mehr auffallend, zeigt sie auch weiterhin die oben geschilderten Charakterzüge. Wahrscheinlich günstig abgelaufene Katatonie.

10. Vatersbruder Wilhelm. Zugänglicher Mensch; o. B.

11. Großvater Josef. Als hypomansche Natur bereits gekennzeichnet.

12. Stiefbruder des Großvaters. War ein verkommener Mensch. Starker Alkoholiker. Niemals nüchtern. Näheres nicht bekannt. (Heboid?)

13. Großmutter Elisabeth. Als Imbezille bereits geschildert.

14. Mutter Jakobine. Typische Epilepsie. (Eingangs bereits geschildert.)

15. Muttersbruder Karl. Landwirt, sehr fromm. Von sich aus wenig gesellig, legte er jedoch großen Wert darauf, daß gesellschaftliche Formen und Gebräuche gewahrt werden. Bei Nichtachtung derselben kann er furchtbar aufbrausen. Keine Anfälle.

17. u. 18. Zwei Schwestern der Mutter. Beide tüchtig, arbeitsam. Sehr fromm. Etwas genau, penibel. Wenig gesellig, empfindlich und leicht aufbrausend.

16. Großmutter Katherine; o. B.

Zusammenfassung: Die Familie M. bietet manches Interessante. Die Mutter eine typische Epilepsie. Ihre Geschwister sind wohl frei von Krampfanfällen, zeigen jedoch, besondes der Bruder Karl, die ausgesprochenen Charakteristika der epileptoiden Persönlichkeit: Kleinliche Genauigkeit, sorgsame Beachtung der Höflichkeitsformen, Gereiztheit, übermäßige Frömmigkeit.

Die Vatersfamilie scheint die Krankheitsanlage zur D. p. zu enthalten. Ein Vatersbruder ist an Katatonie erkrankt und total verblödet.



Eine Vatersschwester Christine zeigt sich von auffallender Gleichgültigkeit. Dieses Phlegma, was sich auch in einer gewissen affektiven Stumpfheit dokumentiert, hat wohl seinen Grund in einem Fortfall jener feineren psychischen Hemmungen und Strebungen, die erst die Persönlichkeit machen. Diese charakterologischen Eigentümlichkeiten lassen bei dem allerdings recht kurzen Erregungszustand auf einen Prozeß im Sinne einer endogenen Defektpsychose schließen.

Auf die Übereinstimmung der charakterologischen Eigentümlichkeiten des Vaters (8.), der Vatersschwester (2.) und der Pat. wurde bereits im ersten Teil der Arbeit hingewiesen. Ebenso wurden die Beziehungen zwischen 3., 5., 6., 4., 11., die alle mehr oder weniger dem zykloiden Kreise angehören, ebenda erörtert. Wo nun die Veranlagung zur Defektpsychose sich herleitet, ob vielleicht bei dem Halbbruder des Großvaters (12.), ist bei der Spärlichkeit der Angaben nicht zu ersehen.

Literatur.

Berze, *J.*, Die hereditären Beziehungen der Dementia praecox. Leipzig-Wien 1910. — *Bleuler*, Mendelismus bei Psychosen, speziell bei der Schizophrenie. (Schweizer A. f. N. u. Ps. 1, 1917.) — Derselbe, Die Probleme der Schizoidie und der Syntonie. Z. f. d. ges. N. u. Ps. 78, 4/5, 1922.) — Derselbe, Lehrbuch der Psychiatrie. — *Hoffmann*, *H.*, Die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen. Berlin 1921. — Derselbe, Zum Konstitutionsproblem. (Z. f. d. g. N. u. Ps. 76, S. 122) — *Kahn*, *E.*, Erbbiolog. klin. Betrachtungen und Versuche. (Z. f. d. g. N. u. Ps. 61, 1920.) — Derselbe, Konstitution, Erbbiologie und Psychiatrie. (Z. f. d. g. N. u. Ps. 57, S. 280.) — Derselbe, Schizoid und Schizophrenie im Erbgang. Berlin 1923. — *Kraepelin*, Lehrbuch der Psychiatrie. — *Kretschmer*, *E.*, Körperbau und Charakter. Berlin 1921. — *Kleist*, Autochthone Degenerationspsychosen. (Neurol. Zeitschr. Orig.) — Derselbe, Endogene Verblödungen. (A. Z. f. Ps. 75, S. 242) — Derselbe, Die Auffassung der Schizophrenien als psychische Systemerkrankungen (Heredodegeneration). Vorläufige Mitteilung Klin. Wschr. 1923. — *Medow*, *W.*, Zur Erblichkeitsfrage in der Psychiatrie. (Z. f. d. g. N. u. Ps. 26, S. 493.) — *Meggendorfer*, *Fr.*, Klin. und genealog. Untersuchungen über Moral insanity. (Z. f. d. g. N. u. Ps. 66, 1921.) — *Rüdin*, *E.*, Zur Vererbung und Neuentstehung der Dem. praecox. Berlin 1916. — *Urstein*, Katatonie unter dem Bilde von Hysterie und Psychopathie. — *Wilmanns*, *K.*, Zur Psychopathologie des Landstreichers. Leipzig 1906. — *Wittermann*, *E.*, Psych. Familienforschungen. (Z. f. d. g. N. u. Ps. 20, 1913.)



Verhandlungen Psychiatrischer Vereine.

161.—167. Sitzung der forensisch-psychiatrischen Vereinigung zu Dresden.

161. Sitzung am 25. April 1922.

Der stellvertretende Vorsitzende OLGR. Dr. *Kraner*-Dresden beglückwünscht den Vorsitzenden Herrn G. MR. Dr. *Ilberg*-Sonnenstein zum 60. Geburtstag. Aufnahme einiger neuer Mitglieder.

Ilberg-Sonnenstein: Über Morphinismus und seine forensische Bedeutung.

Zunächst schildert *I.* die Wirkung des Morphiums auf Körper und Geist des Menschen, die Neigung, immer öfter und immer größere Dosen zu konsumieren, die stärkere Wirkung bei Einspritzung unter die Haut. Durch Gewöhnung kommt es zu Morphiumsucht mit Änderung des Charakters und Auftreten von quälenden Abstinenzerscheinungen in gewisser Zeit nach der letzten Gabe. Meist sind Morphinisten von Haus aus nicht gesund, insbesondere finden sich haltlose Psychopathen unter ihnen. *I.* erklärt die Methoden der Entziehung und beschreibt, mit welcher List sich Morph. das Mittel zu verschaffen wissen. Nach erfolgter Entwöhnung kommt nicht selten ein maniakalisches Nachstadium mit gesteigerter sexueller Erregbarkeit vor.

GR. *Kunz-Krause*-Dresden berichtet darauf vom pharmazeutischen Standpunkt „Über praktische Erfahrungen über den Mißbrauch von Opiaten und Kokain", und ergänzend spricht

RR. Dr. *Böhme* vom Polizeipräsidium Dresden über das jetzt geltende öffentliche Recht im Verkehr mit Morphium und Kokain. Die Regelung des Verkehrs mit Morphium und Kokain ist vor allem durch das Gesetz zur Ausführung des internationalen Opiumabkommens vom 30. 12. 20 (RGBl. V. 1921 S. 2 ff.) erfolgt. Nach diesem Gesetze unterliegen Rohopium, Opium für medizinische Zwecke, Morphin, Kokain und Diazetylmorphin (Heroin) und deren Salze sowie alle Zubereitungen, die mehr als 0,24 % Morphin oder mehr als 0,1% Kokain bzw. Diazetylmorphin enthalten, der Aufsicht des Reichsgesundheitsamts hinsichtlich der Ein- und Ausfuhr, der Herstellung



und Verarbeitung sowie überhaupt des gesamten Verkehrs. Zur Durchführung dieser Aufsicht ist das Reichsgesundheitsamt befugt, Örtlichkeiten, in denen die genannten Stoffe und Zubereitungen hergestellt, verarbeitet, aufbewahrt, feilgehalten oder abgegeben werden, zu besichtigen, Auskünfte zu verlangen und Einsicht in geschäftliche Aufzeichnungen und Bücher zu nehmen. Neben dieser Reichsaufsicht bestehen nach wie vor nebenher die gesundheitspolizeilichen Befugnisse der Länder (§ 1). Das Gesetz enthält weiter den Rechtssatz, daß i. a. die Ein- und Ausfuhr, die gewerbsmäßige Herstellung und Verarbeitung, der Handel, ja sogar jeder Erwerb und jede Veräußerung jener Stoffe und Zubereitungen verboten und strafbar ist. Gesetzlich von diesem Verbote befreit sind Apotheken (auch Hausapotheken i. S. der sächs. MKO. v. 1. 7. 86/2. 3. 94) hinsichtlich des Erwerbs, der Herstellung, der Verarbeitung jener Arzneimittel, jedoch nur als Heilmittel, und alle die Personen und Firmen, die eine besondere behördliche Erlaubnis zum Zwecke der Ausübung jener Tätigkeiten erhalten haben. Die Erteilung der Erlaubnis erfolgt durch die Landeszentralbehörde (in Sachsen: Min. d. Inn., IV. Abt.) im Einvernehmen mit dem Reichsministerium des Innern. Die Erlaubnis kann versagt und nach Erteilung wieder zurückgenommen werden aus Bedenken des Gesundheitsschutzes oder aus Gründen, die in der Person des Gesuchstellers liegen (§ 2). Die Erlaubnis ist nur solchen Personen zu erteilen, die vorwiegend chemische Stoffe oder Arzneimittel herstellen oder mit ihnen im Großen Handel treiben und ihre Waren nicht unmittelbar an die Verbraucher absetzen. Zu wissenschaftlichen Zwecken darf die Erlaubnis dann erteilt werden, wenn der Antragsteller vermöge seiner Vorbildung und persönlichen Zuverlässigkeit eine Gewähr gegen Mißbrauch bietet, zu andern als wissenschaftlichen Zwecken nur, wenn die Verwendung im öffentlichen Interesse liegt (Ausf.best. v. 26. II. 21, RGBl. S. 203). Die mit einer Erlaubnis ausgestatteten Personen und Firmen haben ein Lagerbuch nach bestimmten Vorschriften zu führen (§ 4). Die bereits erwähnte Befreiung der Apotheken von der Erlaubnis erstreckt sich sowohl auf den Erwerb durch den Apotheker zwecks Abgabe in der Apotheke als auch auf die Abgabe und den Erwerb auf Grund ärztlicher, zahnärztlicher oder tierärztlicher Verordnung. Nach der noch heute gültigen sächs. Min.-Verord. vom 5. 6. 96/10. 11. 99, die Abgabe stark wirkender Arzneimittel betr., darf überdies Morphium, Kokain und deren Salze nur auf Grund schriftlichen, mit Datum und Unterschrift versehenen Rezeptes eines Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes abgegeben werden, das grundsätzlich nicht wiederholt beliefert werden darf. Die erteilte Erlaubnis berechtigt aber keineswegs dazu, jene Stoffe und Zubereitungen zu erwerben. Für jeden inländischen Erwerb, ausgenommen den für Heilzwecke erfolgenden Erwerb „in“ (nicht „durch“!) Apotheken ist außer der Erlaubnis in jedem einzelnen Falle ein Bezugsschein erforderlich, der auf Antrag des Erwerbers bei der dem Reichsgesundheitsamt unterstehenden Opiumstelle (Reichsarbeitsgemeinschaft Elanin, Berlin W. 10, Lützowufer 2) zu beantragen ist. Sonach müssen auch Apotheken (einschließlich der Hausapotheken, soweit nicht Bezug auf Rezept vorliegt) für jeden einzelnen Erwerb einen Bezugsschein haben (§ 3). Die Ein- und Ausfuhr ist nur über ganz bestimmte Orte zulässig, die in den Ausführungsbestimmungen

einzeln aufgezählt sind (§ 5). Die Ein- und Ausfuhr, die Herstellung sowie jegliches Inverkehrbringen von zubereitetem Opium (Rauchopium) ist verboten (§ 7). Mit Gefängnis bis zu 6 Monaten und mit Geldstrafe bis zu 100 000 M. (vgl. Str.-Ges. vom 21. 12. 21, RGBl. S. 1604) oder mit einer dieser Strafen werden diejenigen bestraft, die den Ge- und Verboten des Gesetzes vorsätzlich oder fahrlässig zuwiderhandeln (§ 8). Besonders sei hervorgehoben, daß darnach auch der Arzt sich strafbar macht, wenn er jene Stoffe und Zubereitungen, die er zum eigenen Gebrauch auf Grund selbst ausgestellten Rezeptes bezogen hat, weiterverkauft oder verschenkt, ebenso der Patient, der die ihm verordnete Menge weiterveräußert, und die Käufer, die auf die angenommene Weise sich in Besitz der fraglichen Medikamente setzen. (Das Gesetz sagt, daß die Erlaubnis zu jedem Erwerb und zu jeder Veräußerung notwendig ist, auch wenn ein „Handel" nicht vorliegt.) — Als weitere für den Verkehr mit Morphium und Kokain in Frage kommende Strafvorschriften sind zu nennen: 1. § 367 Ziff. 3 u. 5 Reichsstrafgesetzbuchs (1500 M. Höchststrafe, Gesetz v. 21. 12. 21 (RGBl. S. 1604) in Verb. mit Kais. VO. vom 22. 10. 01, sächs. Min.-VO. v. 6. 2. 1895, Handel mit Giften betr., sächs. VO. v. 1. 7. 86/2. 3. 94 ärztl. Hausapotheken betr., VO. v. 5. 6. 96/10. 11. 99 (wichtig für Zubereitungen, die nicht unter § 1 des Opiumgesetzes fallen). 2. §§ 42 a, 56 Abs. 2 ZPG., 148 5 u. 7a Reichsgewerbeordnung. 3. Bkke. über den Handel mit Arzneimitteln v. 22. 3. 17/15. 7. 17 (RGBl. S. 270, 633). 4. Schleichhandelsverordnung v. 7. 3. 1918 (RGBl. S. 12) i. d. Z. d. VO. v. 27. 11. 1919, RGBl. S. 1909 (das besprochene Opiumgesetz ist zweifellos eine Verkehrsregelung i. S. dieses Gesetzes). 5. Preistreibereiverordnung v. 8. 5. 1918 (RGBl. Nr. 391), Morphium und Kokain sind Gegenstände des täglichen Bedarfs. 6. Verbotswidrige Ausfuhr wird mit Zuchthaus bestraft (Art. II § 3 VO. über Sondergerichte gegen Schleichhandel usw.. v. 27. 11. 1919), mit Ausf.VO. vom gleichen Tage (RGBl. S. 1909 u. 1919). Die genannten Strafvorschriften bestimmen auch, daß die Mengen M. und K. (Zubereitungen), auf die sich die strafbare Handlung bezieht, eingezogen werden können. Auch wenn nur Übertretungen vorliegen, wird meist auch polizeiliche Einziehung im Verwaltungswege zulässig sein.

162. Sitzung am 8. Juni 1922.

Oppe-Dresden: „Über Kokainismus". — Kokainschnupfen hat nach Kriegsende eine ungeahnte Ausbreitung gefunden, das Kokain wird in heimlichem Handel in Nachtcafés, Spielergesellschaften usw. massenhaft in Verkehr gebracht. Forensische Bedeutung ist bisher nur wenig beleuchtet worden, sie unterscheidet sich dem Grade nach erheblich von der Einverleibung durch Einspritzen, bei welcher die Giftwirkung wesentlich stärker hervortritt, doch kommt die allgemeine pharmakologische Wirkung auch für die Schnupfer in Betracht. Körperlich besteht sie in Erregung des Atemzentrums und Blutgefäßnervenzentrums im Gehirn, der Reflexzentren im Rückenmark und der Endigungen des N. accelerans am Herzen, äußerlich tritt äußerste Blässe des Gesichtes und Schwindel (Blutleere des Gehirns) auf, es folgen motorische Reizerscheinungen, Gliederzittern und Krämpfe, Beschleunigung und Vertiefung der Atmung,

Bewußtlosigkeit, Tod. Psychisch Euphorie, Rede- und Tatendrang mit gesteigertem Selbstgefühl, Ideenflucht mit starker motorischer Erregung, die sich der manischen Erregung nähert, und Schwinden von Selbstkritik und Urteil, bei schwerster Vergiftung Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen, Bewußtlosigkeit. Diese Abstufungen müssen der Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit zugrunde gelegt werden; unstatthaft ist, letztere von der Menge des genossenen Mittels abhängig zu machen. An einem konkreten Fall werden die Gesichtspunkte der Beurteilung dargetan. Unzurechnungsfähigkeit soll nur angenommen werden, wenn das Zustandsbild an manische Erregung anklingt, oder wenn wenigstens bei stark gesteigertem motorischen Drang und krankhaft gehobenen Selbstbewußtsein die Tat inhaltlich dem sonstigen Wesen des Täters fremd ist. In leichteren Fällen nur mildere Beurteilung im Sinne einer geminderten Verantwortlichkeit. (Ausführlich in der Ärztl. Sachv.-Ztg.)

Aussprache. — *Ilberg*-Sonnenstein geht besonders auf die Kokainpsychose ein, er schildert die lebhaften Halluzinationen und Illusionen derartiger Kranker und betont, daß das Bewußtsein relativ klar erhalten geblieben ist. Oft finden sich Verfolgungs- und Eifersuchtsideen, überhaupt sind Wahnideen sexuellen Inhalts oft anzutreffen. Ärzte haben beim Mikroskopieren infolge ihrer Gesichtshalluzinationen oft allerlei gesehen und glaubten dann große Entdeckungen gemacht zu haben. Gelegentlich bestehen auch Geruchstäuschungen, und um sie zu übertäuben, parfümieren sich dann die Kranken sehr stark. — *Ganser*-Dresden schildert das akute delirartige Stadium der Kokainisten, das durch die Halluzinationen wesentlich beeinflußt wird. Neben den Sinnestäuschungen finden sich auch Gefühlstäuschungen; die Kranken glauben, Maden und Würmer bewegen sich unter der Haut, und kratzen sich dann stark. An einen Antagonismus zwischen Morphium und Kokain glaubt *G.* nicht, auch habe dieser mehr theoretischen Wert und dürfe keinesfalls zur Grundlage für eine Begutachtung gemacht werden. Von den Morphinisten komme nur ein kleiner Teil in ärztliche Behandlung; oft seien es von Haus minderwertige Personen, aber nicht immer, ähnlich wie es auch beim Alkoholismus sei. Alle drei Gifte wirken degenerierend, insbesondere leicht auf den Charakter. *G.* bespricht dann noch kurz die subjektiven und objektiven Erscheinungen des chronischen Morphinismus.

163. Sitzung am 22. Juni 1922.

Hans Haenel-Dresden: „Darf der Arzt töten?"

Der Vortr. geht aus von den Ausnahmen, die der Grundsatz von der absoluten Unverletzlichkeit des menschlichen Lebens heute schon erfahren hat: die Tötung des Kindes in oder vor der Geburt aus Rücksicht auf das Leben der Mutter, umgekehrt auch die Preisgabe des mütterlichen Lebens zugunsten des Kindes (Kaiserschnitt an der Sterbenden). Hierher gehört weiter die Straflosigkeit des Selbstmordes bzw. Selbstmordversuches und die heute noch völlig in das freie Ermessen des Arztes gestellten, gesetzlich nirgends normierten Maßnahmen zur Euthanasie. Rein juristisch betrachtet begeht jeder Arzt, der einem unheilbar Kranken der Sterbenden zum Tode statt zum Leben hilft, einen Mord: er tötet



vorsätzlich und mit Überlegung einen Menschen. Auch das Verlangen oder die Einwilligung des Kranken kann ihn von der juristischen Verantwortung nicht befreien, denn nach § 216 RStGB. ist auch die Tötung des Einwilligenden strafbar. Da das Gesetz aber auch die Tötung in Notwehr und im Kriege straffrei läßt, ist eine Diskussion darüber wohl erlaubt, ob die Grenzen für eine unverbotene Tötung nicht noch weiter gezogen werden können.

Wir kennen viele Fälle mangelnden oder verlorengegangenen Lebenswillens und kennen lebensunwerte Existenzen, bei denen der Grundsatz von der Unantastbarkeit des Lebens zum Übel wird und seine Beendigung als ein Gewinn erscheint. Ist ein unheilbar Kranker — wozu natürlich die suizidalen heilbaren Melancholiker nicht gehören — durch äußere Umstände an der Ausführung eines überlegten Selbstmordes verhindert, so ist kein moralischer Grund zu finden, weshalb auf sein Verlangen seine Tötung durch den Arzt unter bestimmten, noch zu erörternden Sicherungen nicht freigegeben werden sollte.

Eine andere Gruppe Kranker gibt es aber, die weder den Willen zum Leben noch zum Sterben haben, bei denen also durch ein Tötung ein Lebenswille nicht gebrochen wird. Das Ungeborene oder Neugeborene genießt Gesetzesschutz, weil bis zum Beweise des Gegenteils sein Lebenswille eines Tages in Erscheinung treten wird. Bleibt dies Ereignis, das Erwachen zum Vernunftwesen, aus, so sehen wir uns dem unheilbar Blödsinnigen gegenüber, zweck- und wertlosen Existenzen, die für Angehörige, Umgebung und Gesellschaft nur eine kostspielige Last sind. Sie können zwar Gegenstand der Mutterliebe sein, auch Kindes- und Gattenliebe kann an den im späteren Alter Verblödeten lebendig bleiben und ihnen damit einen indirekten, mehr passiven Wert verleihen, ebenso oft und öfter aber wird die Last überwiegen, besonders in Anbetracht der Tatsache, daß solche Idioten unter sorgsamer Pflege 60, 70 Jahre und älter werden können. *Hoche* schätzt die Zahl allein der idiotischen Anstaltsinsassen in Deutschland 1920 auf 20—30 000, die bei einem jährlichen Kopfaufwand von mindestens 7000 M. alljährlich ca. 150—200 Millionen M. beanspruchen. Für jeden dieser Idioten weniger könnte ein tuberkulosegefährdetes Kind mehr vor Krankheit bewahrt oder geheilt werden! Wo Mitleid nicht am Platze ist, weil der Blödsinnige unter seinem Zustand ja nicht leidet, wenn auch das Moment der Pietät und gefühlsmäßigen Verpflichtung fortfällt, so ist nicht ersichtlich, welches religiöse oder Moralgesetz die Erhaltung des Körpers solcher geistig Toter befehlen sollte. Einwände gegen die Freigabe der Vernichtung wertlosen Lebens 1. sittlich religiöser Art: höhere Sittlichkeit kann in der Vernichtung statt der Erhaltung liegen. 2. Einwand des möglichen Irrtums über Diagnose und Prognose: nur unzweifelhafte Fälle der Unheilbarkeit kommen in Betracht, und solche gibt es auch bei vorsichtigster Auswahl genug. Mit der Möglichkeit etwaiger zukünftiger Heilmittel kann man einen heute qualvoll Leidenden nicht trösten. 3. Einwand des Mißbrauchs durch interessierte Dritte oder durch unedle und materielle Motive: ihm ist durch die Form der Freigabe zu begegnen, indem die Entscheidung einer unparteiischen kollegialen Instanz mit behördlichen Befugnissen vorbehalten wird. 4. Einwand der Seltenheit der in Betracht kommenden



Fälle: dies auch für anderes (Menschenraub, Hochverrat durch Königsmord u. a.) kein Grund gegen gesetzliche Regelung. 5. Einwand, daß dem Arzte ja auch heute schon genug Mittel zur Euthanasie im engeren und vielleicht auch weiteren Sinne zur Verfügung stehen: ihre Anwendung geschieht in jedem Falle auf seine persönliche Verantwortung und Gefahr und kann ihn bei Unverstand oder Böswilligkeit Dritter unter Umständen schweren Nachteilen aussetzen. Gegen willkürliche Anwendung der Freigabe würde die vorgeschlagene Form (*Binding* und *Hoche*) schützen, die die Entscheidung einem Kollegium vorbehält, das, aus einem Allgemein-Mediziner, einem Psychiater und einem Juristen unter Vorsitz eines Laien bestehend, auf Antrag entscheidet und die Ausführung dem behandelnden Arzt unter der Bedingung eines schmerz- und quallosen Vorgehens überläßt. Ein solches „Todesurteil“ würde dann ebenso rechtmäßig sein wie eines, das ein Schwurgerichtshof über einen Verbrecher fällt; wer das Letztere für zulässig und mit moralischen und sozialen Grundsätzen vereinbar hält, wird den Spruch einer solchen Freigabebehörde nicht für eine rechtliche Unmöglichkeit erklären können. In Anbetracht der bevorstehenden Strafrechtsreform ist es angebracht und zeitgemäß, daß die Ärzte zu dieser Frage Stellung nehmen.

Aussprache. — *Ganser*-Dresden betont, daß das Leben unantastbar sei, von diesem Grundsatz dürfe keinesfalls abgewichen werden, da die Folgen sonst nicht zu übersehen seien, das Recht des einzelnen Menschen könne man nicht soweit erweitern. Einen Prüfstein, wie man sich zu der ganzen Frage zu stellen habe, bilden die lebensunwert gewordenen oder von Haus aus lebensunwerten Individuen, z. B. die Idioten; sie stellten die reinen Fälle dar. Die Motive für die Bejahung liegen in der Hauptsache auf wirtschaftlichem Gebiet, ferner auch auf moralischem, insofern man sagen könne, daß durch ihre Pflege Menschenkräfte für nutzlose Zwecke geopfert würden. Der wirtschaftliche Standpunkt dränge sich zwar unwillkürlich auf, doch dürfe er nicht maßgebend sein, es sei schwer zu sagen, wo hier Halt gemacht werden soll; die Frage habe einen progressiven Charakter, und dieser sei gefährlich. Die humane Richtung der Kultur sei unproduktiv und halte eventuell den Wohlstand nieder, das dürfe aber nicht hindern, den Schwachen zu erhalten, wodurch u. U. auch wertvolle Menschen erhalten würden. Bei den Angehörigen könnten eventuell selbstsüchtige Regungen ausschlaggebend für Wünsche sein im Sinne des Vortr.; dem sei dadurch zu begegnen, daß die Pflege in andere Hände gelegt werde und diese auch u. U. die Kosten zu bestreiten hätten. Dem Arzt dürfe man keinesfalls das Zugeständnis machen, das Leben anderer zu vernichten, dadurch nehme man dem Volke das Gefühl von dem Wert des Lebens; das Leben aber sei heilig, es zu nehmen, greife an die Wurzeln der Moral. Die ganze Frage jetzt ins Publikum zu werfen, hält er für unzweckmäßig, da die Moral jetzt mehr denn je schwanke. Auch scheine ihm die Bejahung der Frage nicht gut für den ärztlichen Stand, doch komme das allerdings erst in zweiter Linie. Die meisten Ärzte, er selbst einbegriffen, würden die praktische Ausführung ablehnen. — *Krauer*-Dresden schließt sich den *Ganser*schen Ausführungen an; die ganze Frage müsse vom Standpunkte der Ethik betrachtet werden, eine besondere Ethik des Arztes gäbe es nicht, wohl aber stehe das Sitten-



gesetz über allen Straf- und Zivilgesetzen. Die von dem Vortr. angezogene Parallele mit dem Schwurgericht sei irrig. § 54 StrGB. sei ausbaubedürftig. Auch er halte es für gefährlich, an den Reichstag zu gehen, zumal die kommunistische Partei alle Schwangeren usw. auf Staatskosten unterhalten wissen wolle, andernfalls werde die künstliche Abtreibung durch den Arzt gefordert. — *Weißwange*-Dresden tritt für die Sterbehilfe ein und fordert, daß in dem neuen StrGB. ein entsprechender Passus aufgenommen werde, um den Arzt vor Weiterungen zu schützen; käme doch bisher nur Mord in Frage. — *Ilberg*-Sonnenstein weist darauf hin, daß die Ärzte schon jetzt in weitgehendem Maße Schmerzen linderten, daß sie also keineswegs zu töten brauchten. Er erwähnt dann noch, daß es schon in alter Zeit ein ärztliches Sittengesetz gab; Hippokrates hatte vor ca. 2400 Jahren einen Eid verfaßt, der die ethische Richtschnur für alle Ärzte jahrhundertelang war; in diesem stehe z. B. auch, daß der Arzt nicht Mittel reichen dürfe zur Beendigung des Lebens, ferner enthielt er das Verbot der Abtreibung, und anderes mehr. — *Hösel*-Dresden bespricht den Widersinn, der darin liegt, daß viele die Abschaffung der Todesstrafe bei Verbrechern fordern, und daß dieselben Leute für den Tod von Idioten seien; auch er vertrete die Anschauung, daß der Arzt nicht töten dürfe, und es habe für ihn die Frage nur theoretischen Wert. — *Schlegel*-Arnsdorf stimmt dem zu mit dem Bemerken, er würde die ihm unterstellten Idioten keinesfalls gewaltsam vernichten. Täte er es doch, so fürchte er, daß er später einen Pfleger oder eine Schwester, die aus Fahrlässigkeit das Leben eines Pfleglings gefährdet hätten, nicht zur Rechenschaft ziehen könne, da sie ihm ja sonst vorwerfen könnten, er hätte ja Kranke absichtlich getötet. — *Heyn* stimmt den Ausführungen *G.*s insoweit zu, als auch er schärfste Trennung der Tötung von Menschen mit und ohne freie Willensbestimmung (Geisteskranke, Idioten usw.) fordert. Als Nichtfacharzt möchte er sich nur mit der ersten Gruppe beschäftigen, hier aber trete er auch voll und ganz für die Möglichkeit einer Sterbehilfe ein. Daß der geistig gesunde Mensch ein Recht auf den Tod habe, werde wohl auch von juristischer Seite nicht bestritten. In seiner ausführlichen Arbeit „Über Sterbehilfe“ (Zsch. f. Med.-Beamte, 1921, Nr. 14/15), auf die er verweise, habe er sich dahin ausgesprochen: „Sterbehilfe im weiteren Sinne ist die durch äußere Eingriffe herbeigeführte schmerzlose Verkürzung des Lebens eines dauernd unter großen körperlichen Qualen leidenden, unrettbar dem Tode verfallenen Kranken oder Verwundeten auf sein ausdrückliches Verlangen. Ihre Einleitung soll dann gestattet sein, wenn die Lage des Kranken oder Verwundeten derart geworden ist, daß das, worin er seinen Mitmenschen noch nützen kann, ein Minimum oder negativ, das aber, was er unter seinem Leben noch zu leiden hat, ein Maximum ist (*Jost*). Ob dieser Zeitpunkt eingetreten ist, unterliegt im Einzelfalle einzig und allein dem Urteil des Kranken oder Verwundeten.“ Die praktische Ausführung der Sterbehilfe werde auf keine so großen Schwierigkeiten stoßen, als man denke. Allerdings stünde zurzeit die Mehrzahl der Ärzte der gesetzlichen Regelung der Sterbehilfe anscheinend noch ablehnend gegenüber (Ärztetag Karlsruhe 1921), zum Teil wohl auch aus Gründen anderer Art, was man ihr auch gar nicht weiter verübeln könne, aber eine ganze Reihe Ärzte würde



sicher zur Einleitung einer Sterbehilfe bereit sein. Er selbst würde — nach Erfüllung aller Vorbedingungen — keinen Augenblick zögern, einem unrettbar verlorenen und schwer leidenden Kranken auf dessen ausdrücklichen Wunsch hin den letzten Dienst zu erweisen. Wer hier vom „Henker" spreche, habe das Wesen der Sache nicht erfaßt. Übrigens sei auch der Ausweg möglich, daß der Arzt dem nach dem Tode Verlangenden das Mittel nur zur Verfügung stellt, die Anwendung unter seiner Aufsicht ihm aber selbst überläßt. Daß die Ärzteschaft einen entsprechenden Antrag an den Reichstag stelle, erübrige sich, da ein solcher vom Dresdner Monistenbund bereits gestellt sei. — *Hänel* (Schlußwort): Auf seinen Vorschlag hat der Dresdner Verein für Natur- und Heilkunde eine Kommission ernannt, die das Für und Wider der Frage, ob der Arzt töten dürfe, prüfe, und die event. auch Anträge ausarbeiten werde. *H.* stellt den Antrag, ein juristisches Mitglied der Vereinigung in diesen Ausschuß zu entsenden, und OStA. Dr. *Selle*-Dresden erklärt sich auf Anfrage der Vereinigung hierzu bereit.

164. Sitzung am 12. Oktober 1922.

Aussprache über den Vortrag *Ilberg*-Sonnenstein: „Über Morphinismus und seine forensische Bedeutung" (vgl. 161. Sitzung). — *Ganser*-Dresden weist u. a. darauf hin, daß es u. U. sehr tüchtige Männer sind, die jahrzehntelang Morphium nehmen, und die doch nicht zur Entmündigung geeignet sind. Eine Entmündigung wegen Morphiummißbrauchs sei nur unter denselben Voraussetzungen möglich, wie sie bei der Trunksucht gefordert werde; zweckmäßig sei es, wenn der Staatsanwalt den Antrag stellt. — *Oppe*-Dresden hebt den schweren Niedergang der körperlichen und geistigen Fähigkeiten der großen Masse der Morphinisten hervor. — *Ilberg*-Dresden: Der Vormund bestimmt den Ort des Mündels; wenn der Vormund unzulässigerweise Entlassung beantragt, dann kann das Vormundschaftsgericht den Kranken zurückhalten. — *Ganser*-Dresden bezweifelt, ob der Gesetzgeber wegen Morphinismus schlechthin die vorläufige Vormundschaft zuläßt, um den Süchtigen der gewünschten Behandlung zuzuführen. — *Schlegel*-Arnsdorf betont, daß nur bei Entartung Vormundschaft möglich ist. — *Ilberg*-Sounenstein schließt sich dem an. Zweckmäßig müßte es in § 6, Abs. 3 BGB. heißen: „von Trunksucht und anderer Sucht"; für Morphinisten müßte auch wie bei Trinkern Einweisung in eine Heilanstalt möglich sein. Für den Richter ist es wichtig, ob ein Zeuge Morphinist ist oder nicht. — *Ganser*-Dresden erwidert, daß keine allgemeine Verlogenheit bei Morphinisten besteht, sondern daß man nur entartete von der Vereidigung ausschließen solle; auch bei Trunksüchtigen sei ja eine Vernehmung als Zeuge möglich; bedenken müsse man immer, daß Süchtige die Fähigkeit der Beobachtung und der richtigen Reproduktion verlieren, sie sagten dann leicht falsch aus, und die Phantasie tritt in Tätigkeit. — *Künzel*-Dresden weist darauf hin, daß die Frage des Eides nicht so brennend sei, da der Richter nicht an die Aussagen gebunden sei; er müsse vereidigen, auch wenn er den Eindruck habe, daß der Zeuge lügt. Der Parteieid im Zivilprozeß bindet den Richter, die Gegenpartei muß dann den Nachweis des Morphiummißbrauchs liefern. —



Ganser-Dresden schildert an der Hand von Beispielen, daß jemand für eine einzelne Tat nicht verantwortlich sein kann, ohne ebendeswegen generell unzurechnungsfähig zu sein. Im Morphiumhunger könne jemand unter § 51 fallen, da er unfrei sei; ist er chronischer Morphinist und fälscht Wechsel, so ist er nicht straffrei, es sei denn, daß Geisteskrankheit vorliegt. Die Frage der partiellen Zurechnungsfähigkeit spielt nur bei chronischen Geisteskrankheiten, z. B. bei der Paranoia, eine Rolle. — *Zschucke*-Dresden erwähnt einen Fall von „Blaukoller" (§ 51) und Diebstahl (nicht § 51). — *Ganser*-Dresden steht auf dem Standpunkt, daß ein morphiumsüchtiger Arzt nicht an der Ausübung seiner Praxis gehindert werden kann, desgleichen nicht ein entmündigter Arzt. Hat er Kranke geschädigt, gehört er vor die ordentlichen Gerichte, gibt er wahllos seinen Patienten Morphium, so hat das ärztliche Ehrengericht einzugreifen. — *Ilberg*-Dresden erinnert daran, daß eine Rücknahme der Approbation möglich sei in besonderen Fällen, der Arzt kann dann nur wie jeder Kurpfuscher Praxis ausüben. Er erwähnt dann noch das A-Gesetz von 1835, nach dem die Behörden mit Nachdruck ihre Anordnungen durchdrücken können. — *Oppe*-Dresden: Der entmündigte Arzt ist nicht geschäftsfähig; Rezepte, Gutachten usw. sind ungültig. — *Ilberg*-Sonnenstein erwähnt einen Fall, in dem ein Arzt im Kokainrausch seine Frau tötete, die akuten Erscheinungen gingen zurück, der Arzt praktizierte weiter und gab viel Kokain an andere Kranke. — *Künzel*-Dresden: Die jetzige Gesetzgebung ist mangelhaft, da die Entziehung der Approbation nicht möglich ist, nur Warnung in den Zeitungen usw. ist möglich; auch bei Kurpfuschern sei ein Einschreiten unmöglich. — *Ganser* und *Künzel* betonen beide, daß ein Apotheker nicht verpflichtet ist, ein Rezept auszuführen, gegen das er Bedenken hat. — *Weißwange*-Dresden: Die Verwaltungsbehörde kann in exzeptionellen Fällen dem Apotheker vorschreiben, Rezepte vor der Anfertigung einem Vertrauensarzt vorzulegen; die Verwaltungsbehörde kann dies sogar unter Strafandrohung tun. — *Ganser* meint, ein Apotheker mache sich nicht strafbar, wenn er ein ordnungsgemäß ausgestelltes Rezept anfertigt. — Es wird dann noch erwähnt, daß aus den Heeresbeständen nach Kriegsende viel Morphium und Kokain ins Publikum gekommen ist, und daß durch Diebstahl (Angestellte im Großhandel, Apotheken usw.) das Publikum derartige Gifte erhalte; vertrieben wird es durch Kellner, Friseure, Bordelle usw. Auch durch Schmuggel aus dem Ausland erhielten wir diese Stoffe jetzt mehr denn je. — *Ilberg*-Sonnenstein behandelt zum Schluß verschiedene rechtliche Fragen, die mit dem Morphinismus zusammenhängen. Für viele Morphinisten ist ein längerer Aufenthalt in möglichst geschlossener Anstalt zur Behandlung und Vorbeugung baldiger Rückfälligkeit nötig. Liegt bereits chronische Entartung vor, oder bestehen noch Abstinenzsymptome, so wird die Entmündigung wegen Geistesschwäche oder in schweren Fällen wegen Geisteskrankheit keine Schwierigkeiten machen. In dringenden Fällen müßte eine vorläufige Vormundschaft gestellt werden Stimmt der Vormund zu, so kann der Kranke in der Anstalt zurückbehalten werden; denn jener hat den Aufenthaltsort des Mündels zu bestimmen. Verlangt er die Entlassung, so wird sie auf seine Verantwortung erfolgen müssen. Ist sie in hohem Grade bedenklich, so kann ev. dem Vor-



mundschaftsgericht Bericht erstattet werden, damit dieses seinen Einfluß auf den Vormund geltend macht bzw. einen andern Vormund ernennt. Meist wird nun der Morphinist nach wenigen Wochen schon in der Anstalt frei von akuten Krankheitserscheinungen. Er verlangt hinaus und sucht seine Angehörigen zur Abholung zu bewegen. Er selbst hat die besten Vorsätze, ist aber in den ersten Monaten nach der Entziehung viel zu willensschwach, um erneutem Morphiummißbrauch zu widerstehen. Es wäre — nicht in allen, aber in vielen Fällen — sehr wünschenswert, daß, solange die Morphiumsucht noch nicht zurückgetreten ist, ähnlich wie bei der Trunksucht Entmündigung und Zurückhaltung in einer Anstalt auch hier gesetzlich ermöglicht würde, am besten dadurch, daß analog den Bestimmungen des Entwurfs des Strafgesetzbuchs bei Trinkern das Gericht Verbringung und Zurückhaltung von Morphinisten, Kokainisten und dergleichen in geeigneter Anstalt anordnen könnte, insbesondere dann, wenn verbrecherische Handlungen vorgekommen und weiter zu erwarten sind, wenn der Betreffende sich und seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt und nicht in der Lage ist, ein geordnetes Leben zu führen. Der österreichische Gesetzentwurf über Entmündigung sieht in entsprechenden Fällen eine beschränkte Entmündigung infolge von gewohnheitsmäßigem Mißbrauch von Alkohol (Trunksucht) oder von Nervengiften vor. *Weygandt* hat für Trinker wie „für die andern Giftsüchtigen" keinen privaten und Laienvormund, sondern einen Berufsvormund empfohlen. Der Staatsanwalt müßte den Antrag auf Entmündigung wegen Morphinismus im öffentlichen Interesse stellen dürfen, daß dies bei Entmündigung wegen Trunksucht zurzeit nicht vorgesehen ist, ist ein oft empfundener Mangel. Sodann ist den Gerichten Vorsicht zu empfehlen bei der Vernehmung von Morphinisten wie von Trunksüchtigen als Zeugen. Gar manche Morphinisten fallen unter den § 56 Punkt 1 der StPO. bzw. § 393 der ZPO. und sind nicht eidesfähig. Für den Schaden, den ein Morphinist in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit einem andern zufügte, ist er nicht verantwortlich. Hat er sich aber durch geistige Getränke oder ähnliche Mittel in einen vorübergehenden Zustand dieser Art versetzt, so ist er für in diesem Zustand verursachten Schaden in gleicher Weise verantwortlich, als wenn ihm Fahrlässigkeit zur Last fiele — es sei denn, daß er ohne Verschulden in diesen Zustand geraten ist. Wer im Zustand von chronischer Morphiumentartung oder zur Zeit akuter Abstinenzerscheinungen Morphium stiehlt, Rezepte fälscht — also Urkundenfälschung betreibt —, die gesetzlichen Vorschriften über Morphiumhandel übertritt oder dergleichen, wird in der Regel zufolge von § 51 StGB. freigesprochen werden müssen. Begeht ein Mensch im Zustande chronischer Morphiumentartung Delikte, bei denen ein direkter Zusammenhang mit Morphiumhunger oder dergleichen nicht zu erweisen ist, so muß von Fall zu Fall über seine Zurechnungsfähigkeit entschieden werden, event. kommen mildernde Umstände in Frage. Ein beträchtlicher Prozentsatz der Morphinisten gehört dem Ärztestand an. Der Arzt, der morphiumsüchtig ist oder war, vermag meist nicht sich des Morphiums auf die Dauer zu enthalten, und neigt außerordentlich dazu, unnötigerweise seinen Pat. Morphium zu verabreichen und ihnen Morphium zu oft

und in zu großen Dosen zu geben, wodurch sie an der Gesundheit geschädigt werden, in Lebensgefahr kommen und ihrerseits ebenfalls zu Morphinisten werden können. Auch der Professor der gerichtlichen Medizin in Paris *Brondel* hat die größten Bedenken, einen morphinistischen Arzt oder Apotheker weiter praktizieren zu lassen. Gibt es gesetzliche Bestimmungen, die es ermöglichen, einen nachgewiesenermaßen für sich und andere gefährlichen morphinistischen Arzt oder Apotheker die Approbation bis zur vollständigen Heilung zu entziehen? Die Gewerbeordnung enthält betreffs der Entziehung der Approbation nur Bestimmungen für den Fall, daß dem Arzt die bürgerlichen Ehrenrechte entzogen worden sind. Im übrigen kann ein derartiger Arzt nur durch Entmündigung und vom Vormund bestimmte sowie von der Anstalt im Einverständnis mit der Behörde durchgeführte Internierung in einer Anstalt unschädlich gemacht werden. Es erscheint erforderlich, daß eine Bestimmung eingeführt wird, nach welcher auch der nicht internierte morphinistische Arzt oder Apotheker nicht praktizieren darf. Nach eingetretener Heilung wäre vielleicht durch Kontrollaufenthalt in geschlossener Anstalt für etwa eine Woche festzustellen, ob der betreffende Arzt oder Apotheker frei von Morphium, Kokain und dergleichen ist. Dann würde die Entmündigung aufzuheben oder die entzogene Erlaubnis zum Praktizieren wieder zu erteilen sein. Bei erneutem Rückfall müßten die erwähnten Maßregeln wiederholt werden. Notwendig dürfte es sein, die Entmündigung eines Morphinisten oder dergleichen und die Entziehung der Approbation öffentlich bekannt zu machen, sofern der Kranke nicht in einer öffentlichen Anstalt untergebracht ist. Leider gibt es Ärzte, wenn auch nur sehr wenige, die sich oder ihren Klienten auffallend oft oder auf einmal eine auffallend große Dosis Morphium, Kokain oder dergleichen verschreiben. Nicht selten handelt es sich um morphinistische Ärzte oder um zweifellos morphinistische Patienten. Es ist notwendig zu erörtern, wodurch man solche Ärzte an ihrem schädlichen Gebahren hindern kann. Der Arzt könnte Anzeige an das ärztliche Ehrengericht erstatten. Was könnte der Apotheker tun? Ist er zur Anfertigung gezwungen, wenn die Maximaldosis nicht überschritten oder ein Ausrufungszeichen hinter die größere Dosis gesetzt ist? Die Juristen behaupten, ein Zwang, solche Rezepte anzufertigen, liege für den Apotheker nicht vor. Vielleicht wäre eine Verordnung möglich, nach welcher die Apotheker gehalten sind, Rezepte mit sehr hohen Dosen von Morphium oder andern Nervengiften nicht ohne Einverständnis eines Vertrauensarztes anzufertigen.

165. Sitzung am 16. November 1922.

LGR. Dr. *Künzel*-Dresden und RMR. Dr. *Kürbitz*-Sonnenstein: „Die Behandlung der Trunkenen und Trunksüchtigen im Entwurf 1919 zu einem deutschen Strafgesetzbuch.“

I. *Künzel*-Dresden: Das Strafgesetzbuch vom 15. Mai 1871 bietet außer in der selten praktisch werdenden Bestimmung des § 361 Ziffer 5 der Allgemeinheit keinen Schutz gegen asoziale Persönlichkeiten, die sie durch Nichtmaßhalten im Genuß von Alkohol gefährden und schädigen.



Anders der E. z. e. D. StrGB. v. J. 1919. Er enthält eine ganze Reihe Bestimmungen über die Behandlung trunkener und trunksüchtiger Personen. Selbstverständlich hält auch er daran fest, daß derjenige, der zur Zeit der Tat „unzurechnungsfähig", d. i. mit den Worten des Entwurfs „unfähig war, das Ungesetzliche der Tat einzusehen oder seinen Willen dieser Einsicht gemäß zu bestimmen", nicht schuldhaft handelt und deshalb wegen dieser Tat nicht bestraft werden kann. Neu ist dagegen einerseits, daß derjenige, dessen Zurechnungsfähigkeit zur Zeit der Tat infolge nicht selbstverschuldeter Trunkenheit in hohem Grade vermindert war, nach bestimmten Grundsätzen milder zu bestrafen ist als der voll Zurechnungsfähige, und daß derjenige, der wegen Unzurechnungsfähigkeit zur Zeit der Tat wegen dieser selbst strafrechtlich nicht belangt werden kann, wenn er sich schuldhaft in Trunkenheit versetzt hat, dafür nunmehr wegen „sinnloser Trunkenheit" zu bestrafen sein wird. Nebenher verleiht der Entwurf dem Gerichte die ihm bisher fehlende Befugnis, Maßregeln anzuordnen, welche der Besserung und Sicherung der Trunksüchtigen und derjenigen Personen dienen, welche im Trunke zu Ausschreitungen neigen. Unter bestimmten Voraussetzungen ist nämlich die Unterbringung der in Frage kommenden Persönlichkeit in einer Trinkerheilanstalt, event. sogar in einer öffentlichen Heil- oder Pflegeanstalt, in minder schweren Fällen die Stellung des betreffenden unter Schutzaufsicht zu verfügen. Die Durchführung dieser Maßnahmen obliegt der Landespolizeibehörde. Sie entläßt auch den Untergebrachten wieder aus der Trinkerheilanstalt, sobald der Zweck der Maßregel erreicht ist, spätestens aber nach Ablauf einer Frist von 2 J. von der ersten Unterbringung an gerechnet, und kann ihm bei der Entlassung besondere Pflichten, wie die Enthaltung vom Alkoholgenuß, den Verzicht auf den Besuch von Wirtshäusern und dergleichen, auferlegen. Letzterer Besuch kann ferner auch Personen, die zu Ausschreitungen im Trunke neigen, auf mindestens 3 Monate oder längstens 1 Jahr gerichtlich verboten werden; ein Zuwiderhandeln dagegen ist dann als „Bruch des Wirtshausverbots" unter besondere Strafe gestellt.

II. *Kürbitz*-Sonnenstein schildert vom ärztlichen Standpunkt aus zuerst in großen Zügen die Gefahren der Trunksucht für den einzelnen und für das ganze Volk und bespricht die bisher für kriminelle Trinker in Betracht kommenden gesetzlichen Bestimmungen. Dann geht er ausführlich auf die geplanten neuen Vorschriften des zukünftigen StrGB. ein. Er erörtert zunächst den Begriff der selbstverschuldeten Trunkenheit vom ärztlichen Standpunkt aus, bespricht die Möglichkeiten, wann eine solche in Frage kommen kann, und verlangt stets ärztliche Begutachtung für den einzelnen Fall. § 274 E. fordert, was an sich sehr zu begrüßen ist, eine Bestrafung der Trunkenheit auch dann, wenn für die Tat selbst wegen Unzurechnungsfähigkeit keine Strafe ausgeworfen werden kann, nur erscheinen *K.* die Strafsätze nicht hoch genug. Von dem geplanten Wirtshausverbot (§ 91) hält *K.* nicht viel, in größeren Städten versagt es, die Dauer bis zu 1 J. erscheint nicht zweckmäßig, und dergleichen mehr. Wirksamer ist es, wenn der Richter auf Unterbringung in einer Trinkerheilstätte (§ 92—94) erkennt; jedoch ist nicht einzusehen, warum nach 2 J. der Aufenthalt daselbst spätestens aufhören muß, richti-

ger ist es, keine Zeit festzusetzen und nur stets von Fall zu Fall, nach Anhörung eines ärztlichen Gutachtens, die Unterbringung aufzuheben; dies müßte, ebenso wie bei der Verurteilung, vom Gericht aus geschehen. Ev. käme nach 2 J., falls die Trunksucht noch nicht geheilt ist, Unterbringung in einer öffentliche Heil- und Pflegeanstalt in Frage. Unzweckmäßig ist es ferner, den Anstaltsaufenthalt auf die Probezeit anzurechnen, da diese naturgemäß nur dann zur vollen Geltung kommen kann, wenn der Trinker sich in dieser Zeit im freien Leben, umgeben von mannigfachen Verführungen, bewegen kann. *K.* begrüßt die geplanten Vorschriften gegen die Trinker, hält aber die von ihm gemachten Ausstellungen für dringend der Abstellung bedürftig, um den Kampf des Gesetzgebers gegen den Alkoholismus möglichst wirksam zu gestalten. (Ausführlich: Ps.-n. W.)

Zum Schluß gibt *Ganser*-Dresden noch einen zusammenfassenden allgemeinen Überblick über die ganze Alkoholfrage.

166. Sitzung vom 30. November 1922.

Aussprache zu dem juristischen und medizinischen Referat über die Trinkerbehandlung im künftigen Strafrecht. — *Ilberg*-Sonnenstein spricht an der Hand einiger Tafeln über die Alkoholfrage (Alkohol und Verbrechen, Alkohol und Körperverletzung usw.). — *Ganser*-Dresden erwähnt die schon früher von der for.-ps. V. betonten Bestrebungen, für Gewohnheitsverbrecher besondere Anstalten zu gründen, in denen sie mehr vom psychiatrischen Standpunkt erzogen werden. — Weiter wird empfohlen, bei § 18^3 des Entwurfs anstelle der Worte „Bewußtseinsstörungen, die auf selbstverschuldeter Trunkenheit beruhen", die Worte zu setzen: „Zustände, die auf selbstverschuldeter Trunkenheit beruhen", um damit zugleich Regungen zu treffen, die — wie z. B. Sinnestäuschungen — nicht als Bewußtseinsstörungen, sondern als krankhafte Störung der Geistestätigkeit anzusehen sind. Die von medizinischer Seite erhobenen Bedenken gegen den Begriff „selbstverschuldeter" Trunkenheit werden von den Juristen nicht geteilt. — Zu § 88 wird es für angezeigt erachtet, im Gesetz noch zum Ausdruck zu bringen, daß auch hinsichtlich solcher Personen, gegen die bereits die Staatsanwaltschaft das Verfahren wegen fehlender Zurechnungsfähigkeit eingestellt hat, bei denen es also gar nicht bis zu einer Freisprechung oder Außerverfolgsetzung durch das Gericht gekommen ist, gegebenenfalls durch das Gericht im Anschluß an das staatsanwaltschaftliche Verfahren auf Unterbringung zu erkennen ist. Eine Frage, ob die „öffentliche" Sicherheit diese Maßregel auch dann schon erfordere, wenn der betr. Kranke nur bestimmten Personen gegenüber gefährlich sei, wird bejahend beantwortet. — Nach längerer Aussprache kommt man bezüglich § 92 zu dem Ergebnis, daß diese neue Bestimmung sehr zu begrüßen sei; die Errichtung von Trinkerheilstätten sei dem Staat zu überlassen. Unter den gegenwärtigen Verhältnissen wird man sich damit begnügen müssen, wenn besondere Abteilungen der Heil- und Pflegeanstalten als Trinkerheilanstalten aufgefaßt würden. — Empfohlen wird noch, in § 94 einzuschalten, daß die Landespolizeibehörde die Verurteilten vor Ablauf der zweijährigen Frist erst nach Gehör eines Sachverständigen entlassen dürfe.

167. Sitzung am 11. Januar 1923.

Nach einigen geschäftlichen Mitteilungen und Beschlüssen stellt *Ganser*-Dresden einige Alkoholkranke vor, z. B. einen Mann mit einem chronischen Delirium tremens, der seit Wochen zahlreiche Stimmen hört, Bilder sieht und die mannigfachsten Erlebnisse hat; auch war er auf Befehl der Stimmen kriminell geworden. An andern Kranken wurde gezeigt, wie die Trinker moralisch und körperlich immer mehr verkommen, wie sie immer reizbarer werden, und wie sie dann bald zu Gewalttätigkeiten übergehen. Zwei der Potatoren waren Psychopathen von Haus aus; der eine war bereits das 11. Mal in der Dresdner Anstalt, nachdem er sich inzwischen 18 J. lang als Guttempler gehalten hatte, bis er wieder trunksüchtig wurde; der andere, erst 17 J. alt, war beschränkt, eigensinnig und von jeher erregbar gewesen; er habe in der Trunkenheit beabsichtigt, seinen Vater, gegen den er keinerlei Abneigung oder Haß hatte, zu ermorden. *G.* berichtet sodann noch, daß die Aufnahmeziffer der Trinker während der letzten 3 J. in der Dresdner Heil- und Pflegeanstalt ständig gestiegen ist. Zum Schluß weist er noch auf die großen Gefahren hin, die der Alkoholgenuß für das gesamte Volk hat; auch die Mäßigkeit sei zu mißbilligen, da sie der „Schrittmacher für die Trunksucht“ sei.

Kürbitz-Sonnenstein.

---

16. Jahresversammlung des Vereins Bayrischer Psychiater in Regensburg am 29. und 30. Juli 1922.

Die erste und zweite Sitzung finden in der Heil- und Pflegeanstalt Karthaus-Prüll, die dritte im Rathaussaale statt.

Vorsitz: *Kundt*-Deggendorf, *Entres*-Eglfing, Schriftführer: *Mayr*-Eglfing, *Hohl*-Regensburg.

Anwesend die Herren: *Adam*-Regensburg, *Blachian*-Haar, *Bott*-Bamberg, *Caselmann*-Kaufbeuren, *Cohen*-Stuttgart, *Ellmann*-Regensburg, *Eisen*-Regensburg, *Ewald*-Erlangen, *Fleck*-München, *Harlander*-Günzburg, *Herfeldt*-Ansbach, *Hock*-Bayreuth, *Hußel*-Ansbach, *Imhof*-Haar, *Klüber*-Klingenmünster, *Korte*-Deggendorf, *Küffner*-Erlangen, *Küffner*-Regensburg, *Lackerbauer*-Mainkofen, *Lange*-München, *Müller*-Klingenmünster, *Oppermann*-Erlangen, *Pütterich*-Frankenthal, *Röll*-Werneck, *Rüdin*-München, *Schapfl*-Eglfing, *Scheiber*-Mainkofen, *Schuch*-Erlangen, *Sighart*-Günzburg, *Specht*-Erlangen, *Vierzigmann*-Regensburg, *Vocke*-Eglfing, *Weber*-Haar, *Weinberger*-Gabersee, *Weiß*-Amberg, *Zierl*-Regensburg.

1. Sitzung.

Vorsitzender *Kundt* eröffnet die Tagung und begrüßt die Erschienenen, darunter zahlreiche Gäste, namentlich Regierungspräsident der Oberpfalz *von Winterstein*, Ökonomierat *Günther*, Präsident des oberpfälz. Kreistages, Oberbürgermeister der Stadt Regensburg Dr. *Hipp*, Oberst *Etzel* als Vertreter der Garnison Regensburg.



Reg.-Pr. *von Winterstein* heißt die Erschienenen herzlich willkommen unter Dankesworten für die Vertreter des Kreistages und den Direktor der Anstalt für ihre Leistungen beim Umbau von Karthaus-Prüll. Er wünscht der Tagung guten Erfolg. — Vorsitzender *Kundt* dankt im Namen der Versammlung. Dem Verein sind durch Tod entrissen worden die Mitglieder Oberarzt a. D. M.-R. Dr. *Zierl* und Direktor von Klingenmünster Dr. *Hügel*. Die Versammlung erhebt sich zu Ehren der Verstorbenen. — Es folgt dann der Vortrag

Eisen-Regensburg: Die Geschichte von Karthaus-Prüll und der Irrenpflege des Kreises.

Die Gründung des Klosters Prül erfolgte im Jahre 997, nachdem Karl der Große Pruoil, den Wildpark der Agilolfinger, dem Kloster St. Emeran geschenkt hatte. Urkunden des 12. Jahrhunderts erzählen, daß das Benediktinerkloster Prül neben einem hospitale pauperum und einer Herberge, einem Xenodochium, auch ein Conclave infirmorum besaß, ein Institut für Bettlägerige und Sieche, auch geistig Sieche. Mehrere Jahrhunderte bestand diese segensreiche Einrichtung, eine Vorläuferin unserer Anstalt; denn noch um die Mitte des 14. Jahrhunderts wurden dem conclave reiche Schenkungen gemacht, wie der Chronist berichtet. Im Jahre 1464 löste der Karthäuserorden die Benediktiner ab. Verdanken wir den Benediktinern die prächtige Hallenkirche mit dem Wahrzeichen von Karthaus-Prüll, den beiden charakteristischen Türmen, so waren es die Karthäuser, welche den herrlichen gothischen Chor errichteten. Kurfürst Wilhelm V., der Fromme, von Bayern stiftete das Kleinod des Chores, den Hochaltar, im Jahre 1615. 45 Karthäuser Prioren standen bis zur Säkularisation im Jahre 1803 dem Kloster vor. Von den Karthausen, den Einzelwohnhäusern der Patres, stehen gegenwärtig noch die sämtlichen nach Norden gelegenen und dienen mit wenig Ausnahmen Pflegerfamilien als Wohnung. Die Säkularisation beraubte unsere prächtige Kirche unersetzlicher Kunstschätze. Prüll wurde in der Folge ein Vergnügungsort der Regensburger; ein Brauhaus bestand noch bis Ende der fünfziger Jahre, also noch zur Zeit der Irrenanstaltsgründung, und der erste Direktor klagt in seinen Aufzeichnungen darüber, daß der Lärm der zechenden Gäste im Brunnenhofe die Anstaltsruhe störe.

Vorläufer der Irrenanstalt Karthaus-Prüll waren auch der 1632 zu Regensburg errichtete Pfründhof, der bis 1892 bestand und auch Geisteskranke beherbergte, die 1852 nach unserer Anstalt überführt wurden. Ferner die Detentionsanstalt Neunburg v. W., welche bis 1852 bestand und ebenfalls ihre Insassen nach Karthaus schickte. Diese Anstalten hatten mit andern ähnlichen Instituten gemeinsam, daß sie auch als Gefängnisse dienten, ein trauriges Kapitel der Irrenfürsorge vergangener Zeiten.

1852, also vor 70 Jahren, erfolgte die Eröffnung von Karthaus-Prüll, 1881 die der Oberpfälzischen Pflegeanstalten Lauterhofen und Holnstein, 1881 kam die Pflegeanstalt Reichenbach, und 1911 konnte die neue Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Wöllershof bezogen werden.

Die Geschichte der Kreisirrenanstalt Karthaus-Prüll würdigte Ref. unter dem Gesichtspunkte der Tätigkeit der einzelnen Direktoren. Erster Direktor war



Johann Michael Kiderle 1852—1859. Er ragte als Vertreter des Patriarchentums im besten Sinne des Wortes in die neue Zeit herein. Er verstand es, den ganzen Anstaltsbetrieb mit jener Lauterkeit und persönlichen Wärme zu durchdringen, von der er selbst erfüllt war. Die damalige Behandlungsmethode scheint, abgesehen natürlich von den ganz unzulänglichen Mitteln der damaligen Zeit, schon diejenige gewesen zu sein, wie sie uns modernen Psychiatern geläufig ist, wenig Zwang, Arbeit und Erheiterung durch gesellige Abende. Es wurde bereits 1854 in der Anstalt eine Schreinerei, Weberei, Schneiderei und Buchbinderei eingerichtet, in den Frauenabteilungen eine Flachsspinnerei. Nicht gering waren die Aufgaben, vor die *Kiderle* gestellt war: Umwandlung alter Klosterräume in Krankenabteilungen, Kampf mit Vorurteilen, die von Jahr zu Jahr drückender werdende Überfüllung und die Nichterfüllung fast aller ärztlichen Forderungen durch die damalige Volksvertretung. Um so höher sind seine Erfolge einzuschätzen. Unser *Kiderle* übernahm 1859 Irsee und später Kaufbeuren.

Friedrich Karl Stahl 1860—1873. Bekannt und im Sammelwerk „Deutsche Irrenärzte“ gewürdigt sind *Stahls* Schriften über Kretinismus, über die Seele und ihre Erkrankung und eine Therapie der Geisteskrankheiten. Soweit als möglich wurde der Überfüllung durch Adaptierung weiterer Räume, auch des Brauhauses, zu Krankenräumen gesteuert. Die Bauten L und O-P wurden errichtet. *Stahl* war ein begeisterter Anhänger des damals bekannt gewordenen Norestraint Systems und suchte dasselbe auch hier durchzuführen, mußte aber infolge des Mangels an Wachsälen und Bädern manch bittere Enttäuschung erleben.

Eugen Lachner 1873—1882. Auch er war Anhänger der freien Behandlung. Ihm verdanken wir die Anlage des Direktionsgebäudes, der daran anschließenden Zentralküche und des Festsaales, ferner die Anlage und Erbauung der Frauenabteilung: der Häuser B, C, D. Ihm danken wir auch die erste Einrichtung, wenn auch primitivster Wachabteilungen und die Auflassung vieler alter Zellen und sogenannter Gitterzimmer. Er war es auch, der einen Lehrkurs für das Pflegepersonal an allen Anstalten oder in einer Zentralanstalt einzuführen vorschlug, um besseres Personal bei erhöhten Löhnen zu bekommen. Alte Klostergebäude wurden abgetragen und Ökonomiegebäulichkeiten errichtet. *Lachner* war es also, der der Anstalt durch die Neubauten der Frauenabteilung im großen und ganzen den jetzigen Charakter verlieh und die eigentliche Trennung der Männer- und Frauenseite vornahm, wie sie heute noch besteht.

Rudolf Schwaab 1883—1893. Auch unter *Schwaab* wurde, soweit es möglich war, die zwangsfreie Behandlung durchgeführt. Außerdem wurde mit Schlaf- und Beruhigungsmitteln, wie Bromkali, Chloralhydrat und Hyoscin mediziniert. Die Arbeitstherapie wurde in großem Maßstabe ausgebaut. Die großen schönen Gärten der Frauenseite wurden angelegt, ein Sektionshaus gebaut, ein zweites Hochreservoir errichtet und ein großer Ableitungskanal für Fäkalien gebaut.

Johannes Feldkirchner 1894—31. Dezember 1915. Ein nicht hoch genug einzuschätzendes Verdienst hat sich *F.* durch die endgültige Einführung der segensreichen Bettbehandlung erworben. Er unternahm es auch, den alten Klostertrakt Nordsüd niederzulegen und an seiner Stelle



eine moderneren Anforderungen genügende Kranken- und Wachabteilung K 1 und 2 zu errichten. Die Erbauung der unruhigen Frauenwache, eines isoliert stehenden hübschen Baues mit den damals mustergültigen Altscherbitzer Fenstern anstatt der Gitter war sein Werk. Ferner wandelte er das frühere Waschgebäude in eine Aufnahme- und Wachstation für ruhige Frauen, das jetzige AS um. Ein weiterer großer Flügelbau entstand durch Errichtung der beiden großen Männerabteilungen J1 und 2, der als fester Bau gedacht war mit zahlreichen Einzelzimmern. An diesen Bau wurde ein neues Werkstättengebäude angeschlossen. Ein weiteres Verdienst *Feldkirchners* war die Erbauung eines Maschinenhauses mit anschließender Zentralwaschküche, endlich die Fassung und Nutzbarmachung der Vitusquelle. — Die Überfüllung wurde trotz der geschaffenen Neubauten immer drückender. 1909 waren in den Männerabteilungen 100 Kranke mehr, als der Belegzahl entsprochen hätte, was eine Nachtbelegung der Korridore nötig machte. Am 16. November 1906 wurde vom Landrat der erlösende Beschluß gefaßt, eine neue Anstalt zu bauen. Merkwürdigerweise wurde unter mehreren Angeboten dasjenige ausgewählt, das sich wegen seiner einsamen und hohen Lage am wenigsten eignete: Wöllershof, eine kleine Stunde vom nächsten Orte Neustadt a. W. entfernt. Die Belegung der neuen Anstalt, an die ein großes landwirtschaftliches Gut angeschlossen war, das aber auch merkwürdigerweise mehr für Saatzucht- und andere Erwerbszwecke verwendet wurde als für ausreichende Ernährung der Anstalt, erfolgte Ende 1911. — 1904 wurde Karthaus der Stadt Regensburg eingemeindet, und seitdem heißt der offizielle Name unserer Anstalt: Heil- und Pflegeanstalt Regensburg.

Karl Eisen ab 1. März 1916. Von den in den Jahren 16 bis 22 vorgenommenen Modernisierungsarbeiten seien folgende erwähnt: Entfernung der Einzelzimmer aus den Wachabteilungen AS und K2 und dadurch Schaffung großer, zusammenhängender und gut übersichtlicher Krankensäle. Gründung der unruhigen Männerwache J2, dort Schaffung von Wachsälen ebenfalls durch Adaptierung von Einzelzimmern. Umbau und Vergrößerung der unruhigen Frauenwache F2 und dort Schaffung eines Dauerbades durch Umbau von den Sälen anliegenden Zellen. Die Zahl der Badewannen in sämtlichen Wachstationen wurde erhöht. Umbau der alten Zellenabteilung F3 durch völliges Ausschalten der Zellen und Vergrößerung der nunmehr gitterlosen Fenster in ein Doppelsiechenhaus für Männer und Frauen, wo auch tuberkulöse Kranke unterzubringen sind, mit Isolierkrankensaal für infektiöse Kranke. Abbruch der alten dunklen Verbindungsgänge der Frauenseite, wodurch Licht und Luft Einlaß gewährt wurde und das Pavillonsystem der Frauenseite und unsere prächtigen Gärten zur Geltung kommen. Schaffung einer Bäckerei, Erbauung einer Mühle, Pachtung des großen fürstlich Taxisschen Gutes Karthaus, das unsere Anstalt umgrenzt, auf 18 Jahre, wodurch ein bebaubares Areal von 400 Tagwerken jetzt zur Verfügung steht und die Selbstversorgung der Anstalt garantiert ist. Hierdurch wurde auch reichlichste Arbeitsmöglichkeit für die Kranken geschaffen. Entfernung von Gittern; Bereitstellung eines hübschen isolierten Pavillons für zwei Ärztewohnungen; Einleitung der Anstaltskanalisation; möglichste Verschönerung des Inneren und der Fassaden der Anstaltsbauten; weitmöglichste Erweiterung



der freien Ausgangserlaubnis; Frühentlassungen in Familienpflege; Erweiterung und möglichste Modernisierung der ärztlichen und Verwaltungsdienst- und Arbeitsräume. Vorgesehen ist für Januar 1923 die Erweiterung der Kochküche und Errichtung einer Wursterei, für das Jahr 1923 auch Beginn der Kanalisationsarbeiten im Inneren der Anstalt. 1920 wurde die Zusammenlegung beider oberpfälzischen Anstalten nach Regensburg vom Kreistage beschlossen und ausgeführt. Die dadurch erzielte Einsparung ist eine erhebliche, durch die vorgenommenen Bauverbesserungen in den Krankenabteilungen ist einer drohenden Überfüllung vorerst vorgebeugt, so daß eine Verschlechterung der Pflege der Kranken nicht eingetreten ist, dagegen das Tempo der Umbauten und Verbesserungen erheblich beschleunigt wurde. Seit einem Jahre ist in unserer Anstalt — der erste Versuch in Bayern — eine eigene Personalküche eingeführt, die sich in jeder Beziehung bewährte und sich als Entlastung angenehm fühlbar machte. Die auf Drängen des Kreistages hier eingeführte Schwesternpflege hat sich gut bewährt. Zunächst wurde die Frauenaufnahmestation (ruhige Wache) mit geistlichen Pflegerinnen besetzt, dann im Laufe des heurigen Jahres auch noch die weibliche Siechen- und Tuberkulosenabteilung F3. Die Schwestern haben sich der Hausordnung gut eingefügt und sind der Pflegemeisterin unterstellt. Die Zusammenlegung der Anstalt machte auch eine vermehrte Bereitstellung von Pflegerfamilienwohnungen notwendig. Teilweise wurden hierzu unbenutzte frühere Krankenräume — so der alte Klosterbau G und H — benutzt, andrerseits wurde ein neues Doppelwohnhaus errichtet für 8 Familien. Auch in der Stadt wurden in zwei dem Kreise gehörigen größeren Häusern 8 weitere Pflegerwohnungen bereitgestellt.

Welch eine Fülle von Arbeit wurde in diesen 70 Jahren des Bestehens von Karthaus-Prüll geleistet! Wir müssen den Vorkämpfern in der Karthause Prüll größte Hochachtung zollen; haben sie doch aus Kleinem Größeres, aus Untauglichem Besseres, aus finsteren Klostergewölben freundlichere Krankenzimmer geschaffen; sie waren aus tastenden Anfangsversuchen heraus Mitstreiter auf dem Wege, den unsere junge Wissenschaft gegangen. Sie mußten den dornenvollsten Weg wandeln. Deshalb geziemt es uns, Verständnis zu haben für ihr Schaffen und Achtung vor dem Geschaffenen.

Rückblickend auf das letzte Dezennium darf ich sagen, daß Regensburg in einer schweren Zeit allgemeinen Abbaues vorwärts und aufwärts strebte, und daß dieses Streben zum größten Teile mit Erfolg gekrönt war, verdanken wir nicht zuletzt dem einsichtsvollen Entgegenkommen der gegenwärtigen Kreisvertretung.

2. Sitzung.

Referat *Rüdin*: Vererbungslehre und Psychiatrie.

R. legt an Hand von zahlreichen Lichtbildern aus Pflanzen-, Tier- und Menschenreich die Tatsachen dar, welche der Psychiater beherrschen muß, wenn er die Vererbungserscheinungen auf seinem Gebiet verstehen oder nach Erbgesetzen für Anlagen zu geistiger Störung fahnden will. Er läßt die einfachen und komplizierten Modalitäten der spaltenden Ver-



erbung, das Wissenswerte über Dominanz und Rezessivität, Genotypie und Phänotypie, die Faktorenkoppelung, den Faktorenaustausch, das Ausbleiben einer Spaltung, die zytologischen Erklärungen für die *Mendel*-Lehre usw. Revue passieren unter häufigen Seitenblicken auf psychiatrische Erbtatsachen und Stammbäume. Er betont immer wieder die Notwendigkeit, unter steter Führung der experimentellen Erblichkeitslehre und unter gewissenhafter Benutzung der klinischen Tatsachen auch auf unserem Gebiet in systematischer, hartnäckiger Zusammenarbeit dem Erbgeschehen Gesetzmäßigkeiten abzuringen. (Vgl. dazu das seit dem Vortrag erschienene Wiener Referat des Vortragenden „Über Vererbung geistiger Störungen". Z. f. d. g. N. u. Ps. 81, S. 459—496).

Diskussion. — *Specht*-Erlangen fragt an, was *Rüdin* von der psychiatrischen Eugenie bezüglich der endogenen Psychopathie und Psychose hält. — *Rüdin*: Ausgedehnte rassenhygienische Ratschläge oder gesetzliche eugenische Maßnahmen auf unserem Gebiete sind noch verfrüht, weil wir erst in den Anfängen der Erforschung der Gesetzmäßigkeit der Vererbung der Anlagen zu geistiger Störung begriffen sind. Über die Erbkraft einzelner Krankheitsanlagen (z. B. *Huntington*sche Chorea und andere familiäre Störungen) wissen wir aber genug, um jetzt schon prophylaktisch raten und taten zu können. — *Specht*-Erlangen ist von der Auskunft *Rüdins* nicht befriedigt und vertritt in längeren Ausführungen den Standpunkt, daß es uns immer versagt sein wird, energische Prophylaxe auf dem Gebiete der endogenen Geistesstörungen in praktisch nennenswerter Weise auszuüben. — *Rüdin* (Schlußwort): Unser Nichtwissen in diesen Fragen für alle Zukunft zu prophezeien, ist völlig unbegründet. Wo man ernstlich auf diesem Gebiete gearbeitet hat, ist man auch weitergekommen. Einzelfälle, in denen man sich jetzt noch täuschen mag, können uns nicht entmutigen. Übrigens kommt es auf die statistisch große, einwandfrei erhobene Verhältniszahl, auf das gesetzmäßige Geschehen, nicht auf den Einzelfall an, genau wie in der experimentellen Erbbiologie. Es wäre ein Denkfehler, dessen nicht immer eingedenk zu sein. Durch die enge Zusammenarbeit von Klinikern und Erbbiologen wird unser Ziel in absehbarer Zeit nahegerückt und schließlich erreicht werden.

Zierl-Regensburg: Über Dermographismus.

Unter Dermographismus versteht man die Gesamtheit der Veränderungen in der Blut- und Saftdurchströmung der Haut, die nach mechanischen Reizen sichtbar werden. Es müssen nach Form und Entstehung zwei Hauptarten, der lokale und der reflektorische D., scharf voneinander unterschieden werden. — Zum lokalen D. gehören das lokale Nachblassen, das lokale Nachröten und die Urticaria factitia. Das Nachblassen und Nachröten entsteht durch direkte Reizung der Hautgefäße und der kontraktilen Substanz der Kapillaren; die Urticaria factitia beruht wahrscheinlich auf einem veränderten Chemismus des Hautgewebes; sie läßt sich etwa bei einem Siebentel aller Menschen auslösen. — Alle diese lokalen Formen des D., die streng auf den Reizort beschränkt sind, kommen sowohl bei ganz Gesunden als auch bei kranken Individuen vor und haben so gut wie keine klinisch-diagnostische Bedeutung. Der



reflektorische D. ist nicht an den Reizort gebunden; er erstreckt sich auf eine größere Hautfläche, deren äußerste Grenzen in manchen Fällen bis zu 7 cm von der Reizstelle entfernt sind. Seine Grundform ist die hell- bis kupferrote und die weiße Fleckung, sein Grundelement ist die kleine, zackig begrenzte rote oder weiße Insel. Bei stärkeren Reizen fließen diese Inseln oft zu flammig begrenzten Höfen zusammen, wobei normalerweise der rote Hof stets dem Reizstrich zunächst liegt. Die Intensität und die flächenhafte Ausdehnung der hierher gehörigen vasomotorischen Farbänderungen der Haut variieren schon bei völlig gesunden Individuen in so weitgehendem Maße, daß diese Eigenschaften allein keine klinische Bedeutung besitzen können. Dagegen scheint das Flächenverhältnis zwischen den roten und weißen Flecken bzw. Höfen sowie die Schnelligkeit des Auftretens und die Dauer klinisch von einiger Bedeutung zu sein; normalerweise überwiegt räumlich und zeitlich der rote Anteil. Der reflektorische D. stellt einen echten, über das Rückenmark ziehenden Reflex dar; die afferenten und efferenten Bahnen liegen zusammen im sensiblen Teil des Spinalnerven. Ist die Reflexbahn an irgendeiner Stelle unterbrochen, so bleibt die Reflexröte und -blässe aus. Dadurch lassen sich bei organischen Störungen der sensiblen Nerven die entsprechenden anästhetischen Gebiete deutlich veranschaulichen und psychogene Anästhesien von organischen leicht unterscheiden, da bei jenen die Vasomotorenreflexe nicht aufgehoben sind. Zu Gehirn und Psyche steht der refl. D. wahrscheinlich in keiner direkten Beziehung; denn er ist auch bei völliger Rückenmarkszerstörung in den unterhalb gelegenen Hautsegmenten ebenso deutlich auszulösen wie in den oberen. — Bei einem Fünftel der untersuchten Personen entsteht unmittelbar nach der Hautreizung eine verschwommene, rasch vorübergehende dunklere Rötung in der weiteren Umgebung der Reizstelle, die wahrscheinlich psychogen bedingt ist. Die eigentlichen reflektorisch-dermographischen Erscheinungen zeigen sich erst nach einer Latenzzeit von 15—20″. — *Z.* hat an einer größeren Reihe von Katatonikern das räumliche und zeitliche Verhältnis der dermographischen Reflexhyperämie und Reflexanämie geprüft und hat fast durchgehends eine Verstärkung oder ein Überwiegen des weißen Anteils gegenüber dem normalen Ablauf feststellen können. Dies wird in einer Anzahl von Kurven gezeigt. Bei manchen alten Fällen von Katatonie fand sich ausschließlich eine weiße Felderung bzw. Hofbildung. Ob diese Modifikationen des refl. D. für die Katatonie kennzeichnend sind, soll durch weitere Untersuchungen festgestellt werden.

3. Sitzung.

Mayr-*Eglfing* erstattet den Kassen- und Rechnungsbericht. Einnahmen: 2001,24 M. Ausgaben: 1811,85 M. Abgleichung: 189,39 M. Aktivrest. Vermögensbestand in Pfandbriefen 1000 M. — Die Rechnung wird von *Harlander*-Günzburg und *Scheiber*-Mainkofen geprüft und richtig befunden, worauf dem Rechnungsführer unter Dank für seine Mühewaltung Entlastung erteilt wird.

Vorstandswahl: *Kundt* scheidet durch das Los aus, wird hierauf von der Versammlung wieder zum Vorsitzenden gewählt.



Kundt stellt sodann den Antrag, daß bei Todesfällen von Vereinsmitgliedern ein Kranz am Grabe derselben durch ein, wenn möglich am gleichen Ort ansässiges, Mitglied niedergelegt werden soll. G. c. d.

Geschäftsbericht der psychiatrischen Landeskommission: Der derzeitige Vorsitzende, *Vocke*-Eglfing, berichtet, daß die Kommission im abgelaufenen Geschäftsjahr 14 Einläufe zu verzeichnen, 4 Sitzungen in München abgehalten und 4 Gutachten abgegeben hat; hiervon 1 an das Ministerium des Innern wegen der geplanten reichsgesetzlichen Regelung der Psychopathenfürsorge, 3 an verschiedene Kreisregierungen wegen Besetzung von Direktorstellen. Auf Wunsch des Ministeriums wurde als offizieller Titel für die Kommission im amtlichen Verkehr die Bezeichnung „Landesausschuß der Bayerischen Psychiater" vereinbart. — Anläßlich der letzten Sitzung des Ausschusses am 6. Juli cr. wurde auf eine Anregung *Kraepelins* nach eingehender Aussprache beschlossen, die Frage der Neuorganisation des ärztlichen Dienstes in den Anstalten aufzugreifen, gründlich zu bearbeiten im Einvernehmen mit den Anstaltsärzten und dann mit entsprechenden Vorstellungen an die Behörden heranzutreten. Der Landesausschuß hält es für eine seiner vornehmsten Aufgaben, zunächst eine Klärung der Meinungen unter den Beteiligten herbeizuführen und dann positive, ausführbare Vorschläge auszuarbeiten und mit allen Kräften zu vertreten. Der bisherige Weg, der nur zu mehr oder minder unausführbaren Vorschlägen und zu unfruchtbaren Resolutionen geführt hat, muß verlassen werden, wenn wirklich etwas erreicht werden soll. *V.* gibt kurze Erläuterungen zu dieser Frage, beantragt die Zustimmung des Vereins zum Plane des Landesausschusses und gibt anheim, ob bestimmte Persönlichkeiten zur Mitarbeit in dieser Frage vom Verein gewählt werden wollen oder vom Ausschuß selbst kooptiert werden sollen. *Kundts* Antrag, zur Mitarbeit bestimmte Persönlichkeiten vom Ausschusse selbst zu kooptieren, wird mit Mehrheit angenommen. — *Specht*-Erlangen lädt zu der am 19. 10. stattfindenden Versammlung der südwestdeutschen Psychiater in Erlangen ein.

Lange-München: Über Encephalitis epidemica und Dementia praecox. (Z. f. d. g. N. u. Ps.)

Diskussion. — *Specht*-Erlangen steht bezüglich der Deutung der motorischen Erscheinungen der Dementia praecox auf dem Boden der Darlegungen des Vortragenden. — *Ewald*-Erlangen: Encephalitis und Dementia praecox sind gewiß toto collo verschiedene Zustände, denen pathogenetisch ganz andere Dinge zugrunde liegen. Es scheint aber doch sehr wesentlich, daß die Erkrankung der Basalganglien bei Encephalitis so handgreiflich katatone Symptome hervorrufen kann. Für ein organisch-neurologisches Symptom halte auch ich die katatonen Störungen bei Dementia praecox nicht; aber die zerebralen Funktionen scheinen mir eben doch an den Stellen außer Kraft gesetzt, funktionell dissoziiert, die uns die Encephalitis jetzt gelehrt hat. Ich möchte auch hinweisen auf die intensiven vegetativen Störungen bei Dementia praecox, die wir in gleichem Ausmaße fast nur bei der Paralyse finden. Auch hier müssen es zum mindesten intensive funktionelle Veränderungen sein, die wir

zwar mikroskopisch noch nicht fassen können, die aber doch in der Gegend der vegetativen Zentren lokalisiert sein müssen.

Entres-Eglfing: 2 neue Fälle von Morbus Paget.

M. H.! Mein Lehrer, Herr Prof. *Rieger*, verstand es trefflich, in mir nachhaltiges Interesse für Schädel zu wecken. Deshalb konnte ich an den merkwürdigen Schädelpräparaten, welche ich Ihnen hier vorführe, und die mir auf der Suche nach medizinischen Raritäten ein günstiger Zufall in die Hände spielte, nicht achtlos vorübergehen. Seit ich diese „Aves rarissimae" aufgestöbert habe, richtete sich mein ganzes Trachten darauf, über die Art des hier vorliegenden pathologischen Prozesses ins Reine zu kommen. Insoweit letzteres gelungen ist, bringe ich das Ergebnis heute zu Ihrer Kenntnis.

Die Besitzerin dieses leidlich gut erhaltenen Schädels, R. A., war im Leben Institutslehrerin. Über ihre Familie ist so gut wie nichts, über ihre Vorgeschichte nur wenig bekannt. Mit 35 J. soll R. A. auf den Tod ihres unehelichen Kindes hin infolge getäuschter Liebe vorübergehend gemütskrank („Exaltationsform") gewesen sein. Ob sie völlige geistige Gesundheit danach wiedererlangte, war nicht mehr festzustellen. Sie hat aber bis zu der 4 Jahre später erfolgten Aufnahme in die Irrenabteilung des Juliusspitales-Würzburg als Elementarlehrerin Dienst getan und galt als tüchtig in ihrem Berufe. Am 26. 5. 1866 wurde sie ins Juliusspital aufgenommen. Damals war sie heftig erregt. Sie stieß Drohungen gegen ihre Feinde aus, klagte über fortgesetzte Angriffe auf ihre Schamhaftigkeit; jede Nacht werde sie geschlechtlich mißbraucht, sie erwache aber stets erst nach vollzogener Notzucht, da man sie durch Opiate listigerweise vorher einschläfere; man magnetisiere sie, lasse ihr nächtlicherweise Harn in den Mund. Noch im selben Jahre gesellten sich zu den Verfolgungswahnideen Größenwahnideen, die, nur in gewissem Sinne ausgebaut, wechselnden und abenteuerlich-unsinnigen Inhalts waren (ist Tochter Max I.; hat enormes Vermögen, Schlösser; ist Braut Ludwigs II). — Die Kranke kam dann am 2. Okt. 1867 in die Kreisirrenanstalt Werneck, wo sie bis zu ihrem am 26. März 1886 erfolgten Tode verblieb. Während dieser langjährigen Anstaltsbeobachtung war sie immer klar, besonnen, orientiert und, soweit sie nicht von Wahnideen und Sinnestäuschungen, ausschließlich des Gefühles, anders bestimmt wurde, jederzeit geordnet im Benehmen. Manieren oder primäre Willensstörungen bot sie nie dar. Das hervorstechendste Symptom ihrer psychischen Erkrankung bestand in phantastischen Verfolgungswahnideen und adäquaten Gefühlstäuschungen, um die sich ein nicht weniger abenteuerlicher, aber nur zeitweise hervortretender Größenwahn rankte. Dieser Größenwahn gründete sich vorwiegend auf bis in die früheste Kindheit zurückgreifende Erinnerungstäuschungen. Das ganze Krankheitsbild wird man nach der heute gültigen Nomenklatur als Paraphrenia phantastica bezeichnen müssen. Körperlich war die Kranke nicht auffällig gebaut. In der sehr gewissenhaft geführten Krankengeschichte findet sich kein Eintrag, der etwa auf eine krankhafte Formänderung des Knochensystems hindeutete. R. A. starb akut nach einem Schwächeanfall, der innerhalb 5 Wochen zum zweitenmal sich eingestellt hatte. — Bei der Leichenöffnung wurden fest-



gestellt: Körpergröße 150 cm, Körpergewicht 41 kg, Hirngewicht 1150 g; Lungenödem, hypostatische Pneumonie des r. Lungenunterlappens, Fettherz, beginnendes Atherom der Aorta, Muskatnußleber mit Zirrhose, Uterus bicornis; feste Verwachsung der harten Hirnhaut mit dem kolossal schweren, sklerotischen, $1^1/_2$ cm im Durchmesser haltenden Schädeldach. An der Innenseite des Schädeldaches tief eingeschnittene Gefäßfurchen und zahlreiche Unebenheiten an der Schädelbasis auf Kosten des Volumens. Harte Hirnhaut zeigt an der Außenseite einige Verdickungen, an der Innenseite ist sie sehnig-glänzend, glatt. Gehirn klein; mäßige Atrophie des Hirnmantels. Ventrikel etwas erweitert, namentlich der dritte. Gehirn fühlt sich derb an, graue Substanz verschmälert. Kleinhirn o. B.

Von dem 2. Falle kann ich leider nur ein Bruchstück vorweisen. So armselig es als Ersatz eines ganzen Schädels ist, seine ungeheuerlichen Ausmaße reden auch so eine eindringliche Sprache. Diese Calotta monstrosa stammt von einer mit 72 Jahren am 21. 2. 1907 in der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing verstorbenen Kranken B. V. Noch nicht 18 Jahre alt ist die Trägerin dieser Abnormität geistig erkrankt, über 54 Jahre lang war sie danach in Anstalten interniert. Ihre Psychose nahm den Verlauf einer typischen Dementia praecox. Sie führte rasch zu tiefgehendem geistigen Zerfall. Die Kranke bot Haltungs- und Bewegungsstereotypien dar, sie halluzinierte viel, hatte häufige Erregungszustände und hielt sich nicht mehr rein. Im Alter von 37 Jahren wurden kurz hintereinander 3 apoplektiforme Anfälle bei ihr beobachtet, von denen die Kranke sich nach wenigen Stunden jedesmal vollkommen erholte. Von irgendwelchen ungewöhnlichen somatischen Veränderungen ist in der Krankengeschichte nicht die Rede. Die Kranke war von großer Statur, besaß einen grazilen und proportionierten Gliederbau. Ihr Gang war aufrecht, majestätisch-steif und stolz. 1860, als die Kranke über 26 Jahre alt war, wird ihr Kopf als „regelmäßig gebaut“ beschrieben. Ein Lichtbild aus dem Jahre 1890 zeigt ein wohlgestaltetes Gesicht, hohe Stirn, scharf gezeichnete Schläfenlinien, eingezogene Schläfen. Die dahinter gelegenen seitlichen Schädelpartien wölben sich kräftig vor, ohne indes irgendwie als unförmig aufzufallen. Das Kinn ist kräftig und massig, dabei ebenmäßig. — Durch Nachforschungen beim Pflegepersonal, das die Kranke seit 1902 gepflegt hatte, konnte noch folgendes nachträglich festgestellt werden: Um das Jahr 1902 hatte die Kranke einen unförmig-großen Kopf; nach oben lief er spitzhöckerig zu, hinter den Ohren war er breit ausladend. Wegen seines enormen Umfanges hielten ihn die Pflegerinnen für einen „Wasserkopf“. Der Kopf soll auch sehr hart gewesen sein, was man zu spüren bekam, wenn die Kranke ihrer Gewohnheit gemäß nach einem mit dem Kopfe stieß. Das Gesicht war nicht mißgestaltet. Es bestand 1902 bereits eine mäßige Alterskyphose der oberen Brustwirbelsäule. Der Gang war aufrecht und ungestört bis ans Lebensende. — Bei der Autopsie wurde als Todesursache, die Kranke war nach eintägiger leicht fieberhafter Erkrankung gestorben, festgestellt Pneumonia crouposa, daneben: kolossale Verdickung des Schädeldaches, die wesentlich auf einer Wucherung der Diploe beruht, Hydroperikard, Herzmuskelentartung, ein Tumor der rechten Niere (Karzinom?), Fettleber.

Die sinnenfälligste Regelwidrigkeit der beiden hier demonstrierten



Knochenpräparate liegt in ihrer ins Ungeheuerliche gesteigerten Massenentwicklung. Diese Knochen sind zum Teil unnatürlich voluminös. An dem Schädeldach des Falles R. A. beträgt der Dickendurchmesser bis zu 25 mm, an der Kalotte des Falles 2 erreicht er gar 43 mm, während die glatten Knochen der Schädelkapsel beim gesunden Manne im Dickendurchmesser nicht über 12 mm hinauszugehen pflegen. Auch sonst unterscheiden sich unsere Schädelpräparate merklich von dem gewohnten Bilde eines mazerierten Knochens. Sie haben bimssteinartiges Aussehen, sind porös und von bröckliger Beschaffenheit, nur stellenweise erscheinen sie kompakter, gips- oder marmorähnlich, schmutzigweiß, kreidig. Von dem leicht durchscheinenden Farbtone gesunder Knochen ist an den hyperostotisch veränderten Knochenpartien nichts zu erkennen. Die massige Entwicklung der Knochensubstanz kommt im Gewicht beider Präparate deutlich zum Ausdruck. Entgegen dem Normaldurchschnittsgewicht des weiblichen Schädels mit Unterkiefer in mazeriertem Zustand von 600 g wiegt der Schädel R. A. 910 g. Das Kalottenstück B. V. hat gar das enorme Gewicht von 700 g. Hinwiederum hält sich der Unterkiefer des Falles R. A. mit einem Gewicht von 55 g in normalen Grenzen. Das Gewicht bestätigt hier, wovon schon der Augenschein zeugt, daß der Unterkiefer, ebenso wie die übrigen Gesichtsknochen, von dem am Hirnschädel zu beobachtenden hyperostotischen Prozeß nicht erfaßt war. — Zu einer gewissenhaften Untersuchung der in Rede stehenden Objekte gehörte auch die Bestimmung des spezifischen Gewichtes zum mindesten beider Schädeldächer. Ich bin überzeugt, sie würde ergeben, daß trotz des voluminösen Aussehens und der absoluten Schwere das spezifische Gewicht ein verhältnismäßig niedriges ist. Leider verfüge ich nicht über die Einrichtung, um diese Bestimmung auszuführen.

Wenn wir nun zur Beschreibung der beiden Objekte im einzelnen übergehen, so ist beim Schädel R. A. zu erwähnen: Kräftige Andeutung der Arcus superciliares, Abflachung der Seitenwandbeine, die von der Scheitelhöhe ziemlich seitlich und nach hinten abfallen, auffallend starke Wölbung der seitlichen Schädelpartien in der Schläfenbeinschuppengegend, die von der eingezogenen Gegend der Fossa temporalis sich scharf abhebt (es entsteht dadurch eine charakteristische Dreiecksform des Hirnschädels in der Vorderansicht), Einbiegung der das Hinterhauptsloch einfassenden Knochenpartie in die Schädelhöhle in solchem Grade, daß bei aufrechter Körperhaltung das Hinterhauptsloch nicht wie normalerweise nach unten, sondern nach vorn sieht. Alle Nähte sind verknöchert, Kranz- und Schuppennaht außen noch erkennbar, die übrigen Nähte völlig unkenntlich. Die Diploe ist von der Kompakta nicht mehr zu differenzieren. An der im allgemeinen glatten Außenseite des Hirnschädels gibt es nur wenige aufgerauhte Stellen (vielleicht infolge unsachgemäßer Behandlung entstanden). Die Innenfläche zeigt tief eingeschnittene Gefäßfurchen, zahlreiche flache Erhebungen; eine von der Norm abweichende Kalibrierung der Foramina, insbesondere der Canales carotici und der Foramina spinosa, liegt nicht vor. Soweit sich dies bei dem schlechten Erhaltungszustand gerade dieses Teiles noch feststellen läßt, ist die Sattelgrube seicht, aber geräumig. Die Oberhöhle faßt 1230 ccm.

An dem Schädeldach des 2. Falles hat der Verdickungsprozeß nicht

in allen Teilen gleichen Schritt gehalten. Über den Scheitelbeinen, vornehmlich entsprechend der Pfeilnaht, ist der Dickendurchmesser am mächtigsten. In Form flacher Höcker, die unmerklich in die mehr gleichmäßig verdickten übrigen Knochenpartien übergehen, macht sich dies an der Außenseite der Kalotte deutlich geltend. Zahlreiche weite Gefäßlöcher (Foramina nutritia) sind an der Außen- und Innenfläche des Schädeldaches sichtbar. Sämtliche Nähte sind verknöchert und nicht mehr zu erkennen. Die feinporige Schädelaußenfläche fühlt sich rauh an. An der Innenfläche sieht man zahlreiche seichte und nur 3 tief eingegrabene Gefäßrinnen. In der Schnittebene ist die Knochensubstanz gleichmäßig porös. Durch die Mitte der Sägefläche zieht ein klaffender Spalt, von dem sich schwer sagen läßt, ob er reines Kunstprodukt ist oder nicht. Eine unverkennbar als Diploe anzusprechende Schicht ist auf der Sägefläche jedenfalls nicht vorhanden.

Auf dem Röntgenbilde ist die normale Architektur der Hirnschädelknochen völlig verwischt; durch regellos abwechselnde Lichtungs- und Verdichtungszonen bekommt das Knochenbild ein wolkig-fleckiges Aussehen. Die pneumatischen Räume der verschiedenen Schädelknochen erweisen sich als unversehrt erhalten. Von der Pars mastoidea des Schläfenbeines sowie von sämtlichen Gesichtsknochen erhält man ein normalen Verhältnissen entsprechendes Röntgenbild.

Die wissenschaftliche Beurteilung unserer Fälle hat von der hervorstechendsten Anomalie ihren Ausgang zu nehmen, d. h. also von der plumpen und massigen Ausbildung des knöchernen Hirnschädels. Wie wir wissen, ist die physiologische Variationsbreite für die Dickenentwicklung der glatten Schädelknochen immerhin erheblich. Es gibt physiologisch massive Schädel. Nicht ganz glücklich hat *Huschke* dafür die Bezeichnung „physiologische Craniosklerose" geprägt. Solche durch Naturanlage dicke Schädel finden wir einmal als individuelle Eigenart, dann als Familieneigentümlichkeit und endlich als Rassemerkmal. Afrika darf das Verdienst in Anspruch nehmen, die dicksten und härtesten Schädel hervorzubringen; von den Ägyptern, welche im Kampf gegen Kambyses Heerscharen (525) gefallen waren, berichtet schon H e r o d o t, daß sie im Gegensatz zu den Persern dicke Schädel besessen hätten (cf. bei *Huschke*, Über Craniosclerosis totalis rachitica, Jena 1858, S. 15). Es wird aber nicht nötig sein, sich in die Frage des sporadisch, familiär oder rassenweise vorkommenden Dickschädels weiter zu vertiefen, denn unsere Objekte fallen infolge ihrer extremen Ausmaße so vollständig aus der Gesundheitsbreite, daß sie allein um dessentwillen nicht mehr als die Produkte normaler Entwicklung anzusehen sind. Die unter physiologischen Bedingungen am Knochensystem zeitlebens sich abspielenden Umbauvorgänge der Einschmelzung und Neubildung waren hier offenbar in k r a n k h a f t e r Weise gestört. Zeitweise muß, sei es infolge halisteretischer Vorgänge oder infolge mangelhafter Verkalkung neugebildeter Knochensubstanz, eine a b n o r m e W e i c h h e i t der Knochen bestanden haben. Das läßt sich heute noch mit aller Bestimmtheit aus der Deformation der Schädelkapsel des 1. Falles (Dreiecksform, Verbreiterung des Querdurchmessers, Einbiegung der Basis der hinteren Schädelgrube) beweisen. Ein weiterer Beweisgrund dafür, daß jenes exzessive Dickenwachstum der Hirnschädelknochen nicht

nach physiologischen Prinzipien vor sich ging, ist die Veränderung an Diploe und kompakter Substanz. Die Diploe ist sozusagen vermauert, mit der Substantia compacta in eine gleichartig poröse Knochenmasse verwandelt, die normale Tektonik der Knochenbälkchen völlig zu Verlust gegangen. Auf dem Röntgenbilde zeugen regellos abwechselnde Lichtungs- und Verdichtungszonen von einer schweren Störung des inneren Knochengefüges, wie sie nur durch krankhafte Vorgänge hervorgerufen sein kann. Durch die Annahme einer Gleichgewichtsstörung in den physiologischen Resorptions- und Appositionserscheinungen etwa im Sinne überwiegender Apposition (Hyperostose) würden unsere Fälle nicht zureichend erklärt. Auf Grund des erhobenen Befundes sind wir vielmehr gezwungen, eine als Krankheitsprozeß aufzufassende Wesensänderung jener Knochen umbauvorgänge anzunehmen.

Wann dieser Krankheitsprozeß in unseren Fällen seinen Anfang nahm, läßt sich nicht sicher angeben. Der Schädel K. A. besitzt alle Eigenschaften der Vollreife. Stirn- und Keilbeinhöhlen sind regelrecht ausgebildet. Die Ausmaße, natürlich nur insoweit sie nicht von Verdickung und Verbiegung störend beeinflußt sind, die Kapazität, der Zustand der Nähte entsprechen den Verhältnissen an den Schädeln normaler Erwachsener. Demnach dürfte der Schluß gestattet sein, daß der Krankheitsprozeß erst den ausgewachsenen Schädel befallen, also kaum vor dem 40. Lebensjahr eingesetzt hat. Beim Fall 2 gibt uns der Krankengeschichteneintrag, der den Kopf der 26jährigen Kranken als „regelmäßig gebaut" beschreibt, wenigstens einigermaßen einen Anhaltspunkt. Die Knochenerkrankung wird also in beiden Fällen frühestens in den mittleren Lebensjahren ihren Anfang genommen haben. Nach den vorherigen Ausführungen verlief sie unter den Erscheinungen der Malazie, der Osteoporose sowie der Hyperostose. Von den bekannten hypertrophischen Knochenerkrankungen kommen dabei differentialdiagnostisch in Betracht: Akromegalie, Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique, Leontiasis ossea und Ostitis deformans sive *Pagets* disease. Akromegalie können wir wohl ohne weiteres ausschließen, nachdem in unseren Fällen nur der Hirnschädel befallen war, die für Akromegalie charakteristischen Veränderungen der „gipfelnden Teile", die Erweiterung der pneumatischen Räume, die Vergrößerung der Sella turcica und der Hypophyse aber fehlten. Auch die Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique scheidet wegen der ganz anders gearteten Lokalisation und inneren Struktur der für sie kennzeichnenden Knochenveränderungen aus. Leontiasis ossea pflegt Hirn- und Gesichtsschädel ziemlich gleichmäßig zu befallen, wenn auch nicht einheitlich zu verändern. Sie ist eine Erkrankung, die regelmäßig in der Kindheit oder frühen Jugend beginnt, zu tumorartigen Knochenverdickungen, besonders an den Gesichtsknochen, ferner zur Verengerung der Foramina an der Schädelbasis sowie zur Vermauerung der Knochenhöhlen führt. All dies trifft auf unsere Fälle nicht zu. Damit stehen wir vor der Frage, ob die an unseren Präparaten konstatierten krankhaften Erscheinungen als Ostitis deformans *Pagets* zu deuten sind. Der *Paget*sche Krankheitsprozeß vereinigt in sich malazische, osteoporotische und hyperostotische Vorgänge. Unverkennbar weisen unsere Objekte die Folgezustände dieser krankhaften Vorgänge



(Verbiegung, Porosität, Massenzunahme) auf. Monosteitische Formen der *Paget*schen Erkrankung sind aus mehrfachen Publikationen bekannt. *Paget*, *Howse*, *Pozzi-Ollier* und *Stilling* berichteten über einseitiges Befallensein der Tibia; in den von *Küster* und *Hurwitz* beschriebenen Fällen waren die krankhaften Veränderungen auf 1 Femur beschränkt; *Stilling*, *v. Recklinghausen*, *Catola* und neuerlich *Groß* haben Fälle beobachtet, bei denen nur der Schädel befallen war.

Dieses zuerst im Jahre 1876 von *James Paget* als allgemeine Hyperostose beschriebene Leiden nimmt gewöhnlich auf der Höhe des Lebens oder selbst erst im Greisenalter unter rheumatisch-neuralgischen Schmerzen manchmal auch schmerzlos, schleichend seinen Anfang. Nach Monaten bis Jahren machen sich Verbiegungen und massige Verdickung an den befallenen Knochen bemerkbar. Der Schädelumfang nimmt enorm zu, der Kopf wird dick, erscheint aufgetrieben, die Tibien krümmen sich, verdicken sich außerordentlich, Dorsalkyphose stellt sich ein, das Becken wird breiter, die Darmbeinkämme wulsten sich. Langsam und unaufhörlich schreitet der Krankheitsprozeß vorwärts.

Einige Autoren (*Marie de Villejuif*, *Stone*, *Lunn* und *Chauffard*) haben über das Zusammenvorkommen von Morbus *Paget* und geistigen Erkrankungen berichtet. Daraus auf einen inneren, ursächlichen Zusammenhang zwischen der Knochen- und der geistigen Erkrankung zu schließen, ist m. E. nicht erlaubt. Die *Paget*sche Erkrankung mag wohl zerebrale oder zerebellare Symptome hervorrufen. Diese sind aber nervöser und nicht psychischer Natur. *Groß* beobachtete bei seinen 2 Fällen das einemal zerebellaren Drehschwindel, das anderemal Kopfschmerzen, leichten Schwindel, Schluckbeschwerden und Doppelsehen, Fehlen der Kornealreflexe und Abduzensparese rechts. Wenn ein Zusammenhang zwischen Morbus *Paget* und geistiger Störung wirklich angenommen werden will, so kann er nur ein sehr loser und mittelbarer sein. Die Bedeutung thermischer und mechanischer Einflüsse für die Lokalisation genereller Knochenerkrankungen ist eine längst anerkannte Tatsache. Bei unserem Fall II kämen mechanisch Einwirkungen für die Lokalisation des Krankheitsprozesse am Hirnschädel insofern in Betracht, als die Kranke jahrelang die Gewohnheit hatte, stereotyp den Hinterkopf an die Wand zu schlagen und mit dem Kopf zu boxen.

Über die Ursachen der *Paget*schen Erkrankung gehen die Anschauungen weit auseinander. Arteriosklerose, zumal der Arteria maxillaris und ihrer Abkömmlinge, Rheumatismus, neuroarthritische Diathese, chronische Vergiftung mit Mineralsäuren usw. wurden für die Grundlage des Leidens angesehen. *Fränkel* wies auf Veränderungen in den Epithelkörperchen (Struma parathyreoidea) hin. *Simmonds* glaubt das Leiden auf eine Hypersekretion der Epithelkörperchen zurückführen zu dürfen. Andere halten die Erkrankung für eine Trophoneurose.

Es wird Aufgabe der Pathologen sein, die Ätiologie eindeutig zu erklären. Damit sie dies aber tun können, müssen sie seitens der Klinik Unterstützung finden. Durch sorgsame klinische Beobachtung, gewissenhafte Obduktionsberichte und Sicherung aller für die pathologisch-histologische Untersuchung wichtigen Objekte haben wir unsern Anteil beizu-



tragen. Ihren diagnostischen Blick für diesen Zweck zu schärfen, war die Absicht, die meinen Ausführungen zugrunde liegt.

Diskussion. — *Herfeldt*-Ansbach hat Kath. A. noch im Leben gekannt, die damals immer klagte, daß sie eine Ritterburg im Kopfe habe und deshalb von ihren Mitpatienten das Burgfräulein genannt wurde. Es haben also Beziehungen bestanden zwischen der somatischen und psychischen Erkrankung. Erinnerlich ist auch noch, daß die Kranke immer über eine große Schwere des Kopfes klagte und solche in obiger Weise begründete.

Ewald-Erlangen: Zur Frage der Existenz eines vegetativen Menstruationszentrums.

Die Gynäkologie sah bisher im Follikelapparat den ursächlichen Faktor für die alle 4 Wochen auftretenden zyklischen Blutungen. Die interstitielle Drüse des Ovars wird von den einen rein als trophisches, die Follikelernährung versorgendes Organ aufgefaßt, von andern nur mit der Fruchtbarkeit ihrer Träger in Zusammenhang gebracht, nach den Dritten ist sie die Drüse, die das Weib erst zum Weibe macht. Sie hat aber mit dem zyklischen Wechsel der Periode nichts zu tun. Bei der Röntgenbestrahlung einer seit Jahren genau mit der Periode gehenden manisch-melancholischen Psychose zeigte sich, daß sowohl die Vernichtung des Follikelapparates als auch die Vernichtung der interstitiellen Drüse trotz Aufhörens der monatlichen Blutungen keine Änderung im Turnus brachte, die Psychose rezidivierte in genau den früheren (menstruellen) Abständen (bereits 2 Jahre lang) weiter. Auch nach der Ovariotomie, die vor 2 Monaten vorgenommen wurde, traten bereits wieder 2 Stuporzustände in den früheren Intervallen auf. Die mikroskopische Untersuchung der Ovarien ergab ein Fehlen von Follikeln, Fehlen frischer Corpora lutea, und die interstitielle Drüse war nicht mehr erkennbar. Dies drängt zu der Annahme, daß ein für die Menstruation hochwichtiges vegetatives Zentrum existiert, das alle 4 Wochen in Erregung gerät, Impulse aussendet und so nach wie vor die Psychose in den alten zyklischen Abständen auslöste. Ob sich dies Zentrum unter dem Einfluß der interstitiellen Drüse beim Weibe entwickelt oder ob bereits in dem das Weib bestimmenden X-Chromosom dem ganzen weiblichen Organismus das rhythmische Geschehen implantiert wurde, muß vorerst offen bleiben. Das Vorhandensein eines für die Menstruation wichtigen vegetativen Zentrums wird auch durch das Sistieren der Menses bei Paralyse, Dementia praecox, Amentia und andern Psychosen nahegelegt. Besonders aber scheint die hin und wieder bei Nervenkrankheiten (multipler Sklerose, Syringomyelie, Basistumoren und besonders bei Enzephalitis epidemica) zu beobachtende Amenhorrhoe die Existenz eines, wahrscheinlich in Höhe des 3. oder 4. Ventrikels gelegenen, Menstruationszentrums zu fordern.

Fleck-München: Über Psychosen bei Hirntumoren.

1. Eine jetzt 48j. Frau mit hier belangloser Eigen- und Familienvorgeschichte erkrankt 1914, angeblich nach einem Schreck mit Anfällen, die sie als typisch epileptische beschreibt. Sie wird draußen als genuine Epilepsie behandelt. Im März 1922 verschlimmert sich ihr Leiden, es

treten Halbseitenanfälle nach *Jackson*schem Typus dazu auf, sie wird gänzlich arbeitsunfähig, kommt deshalb hier zur Aufnahme. Nie Kopfschmerzen, nie Erbrechen. — In der Klinik zuletzt alle 5 Minuten typischer *Jackson*-Anfall, der im l. Fazialis einsetzt und zuweilen über den l. Arm sich bis auf das l. Bein fortsetzt; dabei ab und zu schwerer epileptischer Anfall. Körperlicher Befund, abgesehen von dauernd auslösbarem Oppenheim und Rossolino am l. Bein und von dem Nachweis von 17/3 Zellen im Liquor, völlig negativ, insbesondere auch nicht eine Andeutung von Stauungspapille. Psychisch ist Pat. in den letzten Jahren schwerfälliger geworden, sie faßt langsam und unsicher auf, ist in ihrem Interessenkreis sehr eingeengt, hat sich mit frommer Ergebenheit mit ihrem Schicksal abgefunden. — Am 12. 5. 1922 bestätigt GR. *Sauerbruch* die Vermutung eines Tumors im r. vertikalen Fazialiszentrum. Es handelt sich um ein dem Hirn dort aufsitzendes Endotheliom. Pat. übersteht die Operation gut; in den ersten Tagen danach treten noch rindenepileptische Anfälle auf, seither nicht mehr. Die Frau ist arbeitsfähig, weist keine psychischen Anomalien auf. Für die Operation sowie für die letzte Zeit vor- und nachher ist sie völlig amnestisch.

2. Im Mai 1922 kommt eine 45j. Frau wegen eines vom Arzt draußen als manisch angesehenen Erregungszustandes zur Aufnahme. Familienvorgeschichte o. B. Früher immer nett und lustig, arbeitsam, dabei aber immer schon — angeblich ohne Grund — eifersüchtig. Seit 2 J. nach Unterleibsoperation und Bestrahlung ohne Regel. Seit dieser Zeit Klagen über Kopfschmerzen. Schon vor 1 J. in 1—2 Minuten vorübergehender Zustand, in dem sie sagte: „Schau mal die an, die fallen herunter", oder: „Die fallen alle herunter". In der letzten Zeit berechtigte Eifersucht, da ihr Mann es mit einem 15j. Mädchen hält. Pat. schließt sich eng an eine Freundin an, die sich mit Sterndeuteträumen abgibt. Sie selbst hört zuletzt Stimmen, ruft Jupiter an, sieht einen Strahl aus der Wand kommen, der sich in verschiedene Farben zerlegt und so Figuren bildet. 2 Tage vor der Aufnahme schließt sie sich in ihr Zimmer ein, wehrt sich gegen die Einbringung. — Hier zunächst geordnet und ruhig. Bald aber gibt sie wieder an, Stimmen zu hören, muß auf fremde, äußere Eingebung schreiben, gerät schließlich in einen völligen Starrezustand mit vor allem starkem motorischen Negativismus, gibt keine Auskunft mehr, verweigert die Nahrungsaufnahme. Die körperliche Untersuchung ergibt keinen krankhaften Befund, im Liquor finden sich $^{8}/_{3}$ Zellen, Nonne ist schwach positiv, die übrigen Reaktionen sind negativ. In einem kurzen lichten Augenblick gibt sie an, sich so steif gehalten zu haben, weil sie das Mädchen bei ihrem Mann gesehen habe. Sie retiniert zuletzt Kot und Urin. — Einige Tage nach der Verlegung nach Eglfing kommt die Nachricht von ihrem Tode. Bei der Sektion wird eine Otitis media der r. Seite sowie ein taubeneigroßer Tumor gefunden, der den l. Gyrus supramarginalis eindellt. Es handelt sich um ein Endotheliom.

F. bespricht unter Berücksichtigung der Literatur diese beiden Fälle, von denen der erste unter der Tumorwirkung völlig das Bild der genuinen Epilepsie aufwies, wenn man von den *Jackson*-Anfällen der letzten Zeit absieht, während der zweite das Bild der katatonen Form einer Dementia praecox bot. Die epileptische Charakterveränderung kann somit nicht

als Reservat der genuinen Epilepsie angesehen werden. Die katatone Psychose des zweiten Falles möchte Ref. ohne weiteres dem Tumor zur Schuld schieben. Gesteigerter Hirndruck liegt in keinem der beiden Fälle vor, ebensowenig kann sich *F.* dazu entschließen, eine Wirkung toxischer Stoffe zur Ausbildung der psychotischen Zeichen anzunehmen. Er schließt sich der allerdings recht allgemeinen Ansicht *Reichardts* an, daß wir eine Erklärung der psychotischen Erscheinungen in der pathologischen Reaktion des Gehirns auf den Tumor als auf einen lebendigen Körper erblicken können. Wir müssen weiterhin annehmen, daß in dem einen Fall eben das schizophrene Register *Kraepelins*, im andern das epileptische zum Anklingen kommt, ohne daß uns in diesen beiden Fällen die Berücksichtigung der Erblichkeitsverhältnisse weiteres Licht geben kann.

Oberbürgermeister Dr. *Hipp* begrüßt hierauf im Namen der Stadt Regensburg die Erschienenen, wofür der Vorsitzende im Namen der Versammlung dankt.

Imhof-Haar: 10 Jahre Kinderhaus Haar mit Erörterung der Frage der Fürsorgeerziehung jugendlicher Psychopathen.

I. Eröffnung des Kinderhauses Haar im Okt. 1912, gleichzeitig mit der Eröffnung der III. oberbayer. Heil- und Pflegeanstalt Haar. Normalbelegung: 50 Betten, seit 1916/17 — 74 Betten. Aufgenommen werden alle wie immer geartete Fälle psychisch abnormer Kinder, angefangen von den Fällen leichten Schwachsinns (Debilität) bis zu ausgesprochenen Geisteskrankheiten, sowie Psychopathen; obere Altersgrenze 15 Jahre. Frequenz des Kinderhauses seit 1912 fortschreitend. Höchstbelegung i. J. 1920 mit 80 Kindern. Seit Oktober 1912 bis 30. 6. 22 (Berichtsjahre) wurden aufgenommen 381 Knaben, 242 Mädchen, zusammen 623 Kinder. Entlassen im gleichen Zeitraum: 321 Kn., 208 M., insges. 529 K. Über die Krankheitsform aller Aufnahmen, bei denen in 51,4 % erbliche Belastung nachgewiesen werden konnte, ferner über die Art der Entlassungen, wohin, in welchem Zustande, orientieren vorgezeigte Tabellen. Während der Berichtsjahre kamen 38 Todesfälle vor und zwar bei 24 Kn. und 14 M. Psych. Krankheitsformen sowie eigentliche Todesursachen der Todesfälle veranschaulichen statist. Tabellen. Die Gesamtsterblichkeit betrug 6,1 % der Gesamtaufnahmen. — Erörterungen über die Frage der Zentralisation psychisch abnormer Jugendlicher mit Vorschlägen spezifischer Anstalten je nach Qualitäten des Krankenmaterials. Kritische Würdigung des Art. 58 Ziff. 1 u. 2 des neuen A. G. vom rein ärztl. wie pädagogischen Standpunkt aus mit Bezug auf unser Krankenmaterial. — Mitteilung über die in den Betriebsjahren im Kinderhaus Haar vorgekommenen Epidemien (Masern, Keuchhusten, Mumps, Influenza), ferner über Krätze- und Mikrosporie-Erkrankungen.

II. Jugendliche Psychopathen wurden in den Berichtsjahren aufgenommen 42 m., 11 w., insgesamt 53. Klassifizierung der jugendlichen Psychopathen nach ihren intellektuellen, ethisch-moralischen Qualitäten, um dann nach beendeter Beobachtung und Untersuchung nach ganz bestimmten, durch die Erfahrung als richtig bestätigten Grundsätzen in bestimmte Anstalten überstellt zu werden. Der Vortrag schließt mit dem Hinweis auf die im Interesse unserer psychopathischen Jugend

unaufschiebbare, vordringliche soziale Aufgabe des Kreises, des Staates, Heilerziehungsheime für jugendliche Psychopathen zu schaffen, und mit Forderungen allgemeiner Art bezüglich der Frage der Psychopathen-Fürsorge.

Als Ort der nächsten Jahresversammlung wird München, als Referatthema nach Vorschlag der Vorstandschaft gewählt: „Der derzeitige Stand der Frage nach der Pathogenese der Epilepsie.“ Zu Referenten wurden die Herren *Reichardt*-Würzburg und *Wuth*-München bestellt.

Kundt regt an, zu untersuchen, wie die Steigerung der Verpflegsätze auf die Krankenbewegung in den Anstalten und die allgemeine Fürsorge für die Geisteskranken wirke, und darüber auf der nächsten Jahresversammlung zu berichten. Die Versammlung stimmt dieser Anregung bei, nachdem in der Diskussion gegen und für den Standpunkt der Kreise, die Kosten dauernd zu erhöhen, gesprochen wurde.

Mayr-Eglfing.

Jahresversammlung des Vereins Norddeutscher Psychiater und Neurologen

(gemeinsam mit der Sitzung der Gesellschaft der Neurologen und Psychiater Groß-Hamburgs) am 9. und 10. Juni 1923 in Hamburg-Friedrichsberg.

Anwesend die Herren: *Auer*-, *Barner*-Hamburg, *Benning*-Bremen, *Berndt*-Hamburg, *Biß*-Lübeck, *Boettiger*-Hamburg, *Cimbal*-Altona, *Claus*-, *Clemenz*-, *Cohen*-Hamburg, *Creutzfeld*-Harburg, *Creutzfeld*-Kiel, *Delbrück*-Bremen, *Draeseke*-Hamburg, *Edzard*-Bremen, *Embden*-, *Fraenkel*-Hamburg, *Gennerich*-Kiel, *Hayashi*-Hamburg, *Hinrichs*-Neustadt, *Jacobsthal*-, *Jakob*-, *Josephy*-, *Kafka*-, *Knack*-, *Körtke*-Hamburg, *Krieger*-Altona, *Langelüddeke*-Hamburg, *Lichtwitz*-Altona, *Lienau*-, *Lüdemann*-, *Lüttge*-, *Majerus*-, *Matzdorff*-, *Meggendorfer*-, *Nonne*-, *Pette*-Hamburg, *Rehm*-Bremen, *Runge*-Kiel, *Schröder*-Altona, *Schröder*-, *Trömner*-Hamburg, *Wattenberg*-Lübeck, *Weygandt*-, *Wohlwill*-, *Zendig*-Hamburg, *Metz*-Neustadt.

1. Sitzung. 9. Juni 1923, 3—6 Uhr.

Vorsitzender: *Wattenberg*-Lübeck. Schriftführer: *Kafka*-Hamburg und *Meggendorfer*-Hamburg.

Majerus stellt einen 66 j. Mann mit amyotrophischer Lateralsklerose vor, bemerkenswert wegen der zugleich vorhandenen Entwicklungsstörung. Ausgedehnte Syndaktylie, an der r. Hand III u. IV, am r. Fuß I, II u. III. Typischer Fall: Ausgesprochene Bulbärparalyse (EaR der Zunge), Vorderhornaffektion (EaR der kl. Handmuskeln), Seitenstrangaffektion (Steigerung der Sehnenreflexe, linksseitiger Babinski). Das Fehlen der PSR wird als präkursorisches Symptom einer atrophischen Unterschenkelerkrankung gedeutet. — Außerdem Zwangsweinen. — WR. —. Aus der Anamnese hervorzuheben: Vater unbek. (unehelich). Mutter war anscheinend schwer hysterisch, Pat. hat immer



schwer gearbeitet, hat schwere Lasten tragen müssen, bis zu 2 Zentnern. Beginn der Erkr. erst vor ¾ J. — *Strümpells* Theorie, daß eine von Geburt an bestehende Schwäche der motorischen Apparate die Entstehung der Krankheit begünstigt, wird hierdurch sehr gestützt.

Diskussion. — *Trömner* fragt, ob nicht angesichts der Syndaktylie und der Patellarreflexe die Kombination mit einer Myelodysplasie vorläge; speziell ob auf bifida untersucht wurde. — *Creutzfeld*: Amyotropische Lateralsklerose wahrscheinlich exogenen Ursprungs. Dafür sprechen die von mir in 2 Fällen (darunter der von *Büscher* veröffentlichte) gefundenen schweren entzündlichen Veränderungen in der Md. oblongata, die auch bis zu den Kernen vordrangen. Einer der Fälle zeigte schwache bulbäre Symptome. Die am. L. ist wahrscheinlich eine entzündliche Erkrankung von exzessiv chronischem, vielleicht schubartigem Verlauf. — *Jakob* hält gleichfalls die exogene Ätiologie der amyotrophischen Lateralsklerose für am wahrscheinlichsten. — *Majerus* (Schlußwort): H. *Trömner* erwidere ich, daß gegen eine Myelodysplasie die bulbäre und zerebrale Beteiligung spricht. Eine Spina bifida besteht nicht. An der Diagnose a. L. ist nicht zu zweifeln. H. *Meggendorfer* hat mich nicht verstanden. Die a. L. hat überhaupt keinen Abgang, folglich kann zwischen einem solchen und dem angeblich dominanten Abgang der Syndaktylie kein gemeinsam vererbbarer Zusammenhang bestehen. (Von den 7 Kindern des Pat. hat übrigens nicht eines Syndaktylie!) Familiäres Auftreten der a. L. ist äußerst selten beschrieben, dann nur bei Geschwistern, nicht in fortlaufender Vererbung. Mit H. *Jakob* bin ich derselben Ansicht, daß die häufig gefundenen entzündlichen Veränderungen sehr für eine zum Teil exogene Komponente sprechen. Mit Rücksicht auf die von *Oppenheim*, *Strümpell*, *Cassirer* und *Strasmann* vertretene Ansicht des Zusammenhangs mit Entwicklungsstörungen sollen wegen der Wichtigkeit der ätiologischen Forschung alle derartigen Fälle möglichst gesammelt werden.

Clemenz: Demonstration über Mongolismus.

Vor 10—15 Jahren war der Bestand an Mongoloiden in den Alsterdorfer Anstalten nicht höher als 3—4. In den letzten Jahren ist er auf 18—20 gestiegen. Von den letzten 30 aufgenommenen ist nur einer nach dem Kriege geboren. Bisher galt der Mongoloide als gutartig und bildungsfähig. In letzter Zeit sind auch andere Beobachtungen gemacht worden. Der heute vorgestellte 13j. Pat. ist ein unruhiger, gewalttätiger Mensch, der seine Umgebung tätlich angreift. Ein anderer typischer Mongoloide wurde vom Vortragenden beobachtet, der das Ziel der Volksschule erreicht hatte und eine gute durchschnittliche Intelligenz besaß. — Luische Symptome sind bei Mongoloiden schon mehrfach beschrieben worden, jedoch nicht in so großer Zahl, wie sie bei den zurzeit in Alsterdorf befindlichen 18 Mongoloiden festzustellen sind. Bei 15 von ihnen, also in 83 % der Fälle, ist Lues nachweisbar: bei 3 in der Anamnese der Eltern, bei 7 als Augenerkrankung (1 mal Iritis, 1 mal Chorioretinitis, 2 mal Linsenerkrankungen, 5 mal Keratitis), bei 12 als typische Veränderung an Zähnen und Oberkiefer (*Hutchinson*sche Schneidezähne, Meißelform, Mikrodontie, Knospenform der Molarenkronen. Diastema, Verkümmerung des Oberkiefers). Diese gehäuften Zeichen von Lues lassen die Behauptung erlaubt



erscheinen, daß Mongolismus immer eine Luesfolge ist. Auffallend ist das fast regelmäßige Fehlen der positiven WaR, die bei den zurzeit vorhandenen 18 Mongoloiden in keinem Falle vorhanden war und bei den früheren Fällen nur ganz vereinzelt angetroffen wurde. Daraus ist zu schließen, daß die Infektionsquelle weit zurückliegt und wahrscheinlich bei den Großeltern gesucht werden muß.

Diskussion. — *Kafka* fragt, ob Untersuchungen auf WaR bei den Eltern der Kinder gemacht worden sind. Im allg. ist jedenfalls der Mongolismus auf eine endokrine Störung zurückzuführen, die manchmal vielleicht durch Lues hervorgerufen wird. — *Nonne* hat keineswegs häufig Lues congenita bei mongoloiden Kindern gesehen, hat aber die Großeltern in keinem Fall untersucht. — *Weygandt* kennt einzelne Fälle, die auf Lues der Großeltern verdächtig sind; einmal zeigte die Mutter eines Mongoloiden isolierte Pupillenstarre, sonst nichts. Amerikanische Autoren fanden luische Symptome bei Mongoloiden in 20 bis 30 %. — *Runge* fragt den Vortragenden, ob er athetotische Bewegungen auch in seinen anderen Fällen von mongoloider Idiotie festgestellt hat. Im vorgestellten Falle waren solche deutlich im linken Arm zu beobachten. Das würde *Clemenz* auf eine luische Affektion des striären Systems hinweisen.

Gennerich: Der histologische Nachweis der Liquordiffusion bei allen metaluischen Erkrankungen.

Ich möchte mir erlauben, Ihnen in kurzen Zügen über den Stand unserer Untersuchungen zum histologischen Nachweis der Liquordiffusion bei Metalues zu berichten. Für diejenigen Herren, die dem Problem ferner stehen und über die von uns vertretenen Anschauungen noch wenig unterrichtet sind, möchte ich eine kurze Einführung vorausschicken. — Seit dem J. 1915 waren wir lediglich durch klinische Beobachtungen bei der endolumbalen Behandlung und durch jahrelange Liquorkontrollen bei unseren Kranken auf das Vorhandensein der Liquordiffusion, d. h. auf das Eindringen des Liquors durch die erkrankte Pia hindurch ins Nervenparenchym aufmerksam geworden. Die einzelnen Beobachtungen waren kurz folgende: 1. Bei der endolumbalen Behandlung der Tabes und der degenerativen Myelitis ergab sich, daß das erkrankte Rückenmark gegenüber der endolumbalen Dosierung erheblich empfindlicher war als ein gesundes Rückenmark. So konnte z. B. bei schwereren tabischen Veränderungen nur $^1/_4$—$^1/_5$ derjenigen Dosis endolumbal einverleibt werden, die ein gesundes Rückenmark reaktionslos vertrug. Bei Überschreitung dieser kleinen Dosis kam es zu einer hochgradigen Verschlimmerung des Krankheitsbildes oder sogar zur völligen Lähmung; mit anderen Worten: bei tabisch erkranktem Rückenmark tritt das Salvarsan trotz erheblicher Verminderung der Dosierung sehr leicht zu den Leitungsbahnen des Rückenmarks hindurch, schädigt oder zerstört sie. Dieser erleichterte Durchtritt des salvarsanisierten Liquors zu den Leitungsbahnen ist nur möglich bei einer schadhaft und durchlässig gewordenen Pia. Da sich dieses Bild einer durchlässig gewordenen Pia bei der endolumbalen Behandlung aller degenerativen Prozesse am Rückenmark in gleicher Weise wiederholt, so konnte kein Zweifel darüber obwalten, daß der Liquor zu Lebzeiten des Kranken dauernd ins Parenchym hindurchdiffundiert.



2. Der zweite Grund zur Annahme der Liquordiffusion ergab sich bei der endolumbalen Behandlung der Paralyse. Nach Entnahme großer Liquormengen (ca. 100 ccm) stockte der Rücklauf erfahrungsgemäß bei 30 bis 40 ccm, weil die Plexus während der Entnahme im Übermaß fortgearbeitet und dadurch das Gesamtvolumen des Liquors vermehrt hatten. Sobald diese restlichen 30—40 ccm auch noch infundiert wurden, was häufig eine halbe Stunde und länger dauerte, stellten sich kurz danach Krämpfe und weiterhin auch eine schlagartige Verschlimmerung und Vertiefung des Krankheitsbildes ein, worüber an anderer Stelle ausführlich berichtet wurde. Durch das Hineinpressen des Liquors ins Nervenparenchym wurde die hier vorhandene Ernährungstörung offensichtlich noch vermehrt und dadurch auch den Spirochäten weiteres Terrain erschlossen. Umgekehrt konnte auch wieder durch Abänderung der endolumbalen Methodik, d. h. durch das Fortgießen großer Liquormengen, die eingetretene Verschlechterung des Krankheitsbildes wieder gutgemacht werden.
3. Während alle frischen Meningitiden eine hohe Zellvermehrung und besonders kleine Lymphozyten aufwiesen, fanden sich späterhin nach dem Eintritt der Paralyse nur noch eine spärliche Zellvermehrung und meist nur große Plasmazellen. Die lymphozytären Elemente im Krankheitsherd waren offensichtlich durch die hochgradige Ernährungstörung infolge des ständig eindringenden Liquors zugrunde gegangen und gaben den Anlaß zu einer entsprechenden Vermehrung der Eiweiß- und Wassermannwerte im Liquor. Nur den großen Plasmazellen war es trotz der dauernden Gewebsverwässerung möglich, teilweise den freien Liquor zu erreichen. — Es galt, diese Beobachtungen mit dem biologischen Syphilisverlauf in Beziehung zu bringen, wozu unser aus allen Erdteilen stammendes Krankenmaterial die beste Gelegenheit bot.

Kraepelin war wohl der erste, welcher die Bedeutung der Allergieverhältnisse bei der Genese der metaluischen Bildungen in den Vordergrund gestellt hat. Die weitere Durchdringung dieses Allergieproblems gibt uns einmal einen Einblick in die verschiedene Virulenz der verschiedenen Spirochätenstämme und in die Verlaufseigentümlichkeiten der von ihnen gesetzten Infektionen, worüber auch *Plaut* und *Mulzer* kürzlich erst wieder sehr wertvolle experimentelle Beiträge geliefert haben. Nur in einer Hinsicht kann ich den Ausführungen und Schlußfolgerungen dieser beiden Autoren nicht folgen, und zwar in ihrer Annahme eines neurotropen Virus. Dieser scheinbare Neurotropismus erklärt sich vielmehr und ganz allein aus den Wechselbeziehungen, welche zwischen dem jeweiligen Virus und der Reaktionsweise des Organismus bestehen. Wie unsere Erfahrungen mit dem exotischen Virus zeigen, äußert der Organismus diesen ungeschwächten Krankheitserregern gegenüber eine sehr kräftige Abwehrreaktion und mobilisiert dieselbe sehr frühzeitig, so daß das Gesamtmaß der Allgemeindurchseuchung, wie wir es in unseren Breiten bei der Syphilis maligna und praecox sehen (nachhaltig negative SR), relativ gering bleibt. In solchen Fällen erhält das größte mesodermale Gewebe, eben die Haut, die meisten Krankheitserreger, während die meningeale Durchseuchung infolge der frühzeitigen Behinderung der weiteren Spirochätenaussaat durch die prompt einsetzende und kräftige Abwehrreaktion nur in mäßigen Grenzen vor sich geht oder auch ausbleibt. Derartige In-



fektionen sind, soweit nicht das Virus durch spätere Therapie abgeschwächt wird und dadurch der oftmals schon vorhandene Tertiarismus nicht wieder zum Sekundarismus zurückgeht, für spätere metaluische Erkrankungen nicht disponiert. Sobald jedoch ein vielfach behandeltes und dadurch schon in den Vorwerten abgeschwächtes Virus übertragen wird, so vermag der Organismus hiervon eine erhebliche Menge in sich aufzunehmen, bevor er durch Mobilisierung der Abwehrreaktion der weiteren Durchseuchung ein Ziel setzt. Bei langdauernder Entwicklung der Allgemeindurchseuchung sind jedoch die Aussichten für eine umfangreiche Spirochätenaussaat auch nach den Meningen und dem Liquor besonders günstig; letzteres hat aber immer eine sehr ernste Bedeutung, weil die meningeale Infektion therapeutisch nur schwer erreichbar und deshalb schlecht wieder zu beseitigen ist. Der angebliche Neurotropismus erklärt sich demnach aus der verschiedenen Giftigkeit des übertragenen Virus, welcher natürlich auch eine entsprechende Abwehrreaktion des Organismus nachfolgt. — Auch einen künstlichen, d. h. durch die spezifische Therapie bewirkten Neurotropismus können wir nicht gelten lassen. Es ist zwar ganz interessant, daß die *Plaut*- und *Mulzer*schen Tierversuche heute das bestätigen, das wir bereits vor 11 J. von den Einflüssen der spezifischen Therapie auf die Biologie des Syphilismus behauptet haben, aber zum mindesten ist der Ausdruck Neurotropismus auch hier schlecht gewählt. Es ist wohl zweckmäßiger, bei den durch ungenügende Salvarsanbehandlung — mögen wir das unzulängliche Behandlungsmaß nun als Unterbehandlung oder Anbehandlung bezeichnen — entstandenen meningealen Entzündungen den von uns gewählten Ausdruck „Provokation“ der meningealen Infektion bestehen zu lassen. Er kennzeichnet am besten die durch die Unterbehandlung der frischen Infektion entstandene biologische Sachlage. Jede Einschränkung der Allgemeindurchseuchung beantwortet das noch erhaltene Virus mit Neuexpansion und Rückfallbildung. Diese geht natürlich in erster Linie und zunächst von den am wenigsten geschädigten Herden aus, zu denen aus bekannten Gründen ganz besonders die meningeale Infektion gehört. Daß die unzulängliche Therapie außerdem noch zu einer metaluischen Disposition führt, wurde bereits oben erwähnt.

Auf der anderen Seite hat uns die Allergieforschung — ich erinnere hier besonders auch an die Arbeiten meines früheren Schülers *Gärtner* — ganz allgemein den ursächlichen Zusammenhängen der metaluischen Bildungen mit den Reaktionsvorgängen des Organismus näher gebracht. Ein abgeschwächtes Virus und eine konsekutive Allergieschwäche sind die Ursachen für einen sehr chronischen und rein infiltrativen sekundärsyphilitischen Verlauf der meningealen Entzündung. Sie bewirkt in der Pia im Gegensatz zu den gummösen Bildungen eine Auflockerung und schließlich eine Durchlässigkeit für den Liquor cerebrospinalis. M. H. Dieser Einbruch des Liquors in die Pia und späterhin in die mit ihr verlötete Rinde bildet das essentielle Metaluische gegenüber den rein syphilitischen Entzündungsprozessen. Die Liquordiffusion bewirkt eine hochgradige Verwässerung des Gewebsaftes in der Pia und im Parenchym und dadurch eine Auslaugung der zelligen Exsudation und eine hochgradige Ernährungsstörung des Nervengewebes, so daß dieses seine genuine Resistenz gegenüber den Spirochäten verliert.



Dieser Vorgang der Liquordiffusion, der lange Zeit — vor 8 Jahren habe ich zum erstenmal über ihre ursächliche Bedeutung bei der Metalues berichtet — als Hypothese oder Theorie angezweifelt wurde, läßt sich heute einwandfrei nachweisen, und zwar durch endolumbale Infusion eines Chemikals (1—3 % Ferrocyankaliumlösung), das später im Schnitt durch ein anderes Chemikal (1 % Kupfersulfatlösung) zum Ausfall gebracht wird. Über die Technik des Verfahrens habe ich bereits vor kurzem in der M. m. W. berichtet. Ich möchte hier nur erwähnen, daß es bei der endolumbalen Infusion genügt, bei den Leichen für längere Zeit den normalen Liquordruck wieder herzustellen, um den Durchtritt der chemischen Lösungen an allen metaluischen Krankheitsherden bis tief ins Parenchym zu bewirken. Man kann den Liquordruck noch durch Einstechen einer zweiten Punktionsnadel weiter oben, an die ein *Quincke*sches Manometer angeschlossen wird, kontrollieren. Da der Druck bei der Leiche nicht wie bei Lebenden in der Schädelhöhle, sondern am unteren Ende des Lumbalsacks durch die Erhöhung der Infusionsbürette erzeugt wird, so verliert sich der künstlich erzeugte Liquordruck durch die Widerstände des Arachnoidealgewebes allmählich zur Schädelhöhle hin. Um in der Schädelhöhle den normalen Liquordruck nachzuahmen, muß die Fallhöhe der endolumbalen Bürette etwa 30—40 cm betragen, während für den spinalen Liquorraum eine Fallhöhe von 20—30 cm vollauf genügen würde, um hier einen normalen Liquordruck zu erzielen und damit auch den Liquor bzw. die chemische Lösung an allen metaluischen Krankheitsherden ins Nervenparenchym eintreten zu lassen. Der anfänglich von uns benutzte Liquordruck, der einer Fallhöhe der Bürette von 60—70 cm entsprach, hat sich nicht als notwendig erwiesen; aber selbst bei diesem hohen Liquordruck haben wir bei einer Paralyseleiche mit intaktem Rückenmark keinerlei Durchtritt des Chemikals in das Rückenmark feststellen können. Durch Anwendung eines erhöhten Liquordruckes kann man den Einlauf der notwendigen Menge des Chemikals zwar schneller beendigen, aber es besteht besonders bei Rückenmarksprozessen die Gefahr, daß der Hindurchtritt der chemischen Lösung an den pialen Einbruchstellen des Liquors tiefer und diffuser erfolgt, als es in vivo der hier vorhandenen Liquordiffusion entspricht. Bis jetzt wurden 6 Leichen in der angegebenen Weise verarbeitet, und zwar: 2 Paralysen, 1 Tabesparalyse mit Optikusatrophie, 1 Tabes und 2 anscheinend normale Fälle. Ob die Fixierung der Präparate mit Formalinlösung oder Alkohol erfolgt, ist für das Zustandekommen des Niederschlages, der nach Einlegen der Schnitte in 1 % Kupfersulfatlösung an den metaluischen Herden auftritt, belanglos. Ein Niederschlag kommt nur dort zustande, wo die durch den Infiltrationsprozeß aufgelockerte und mit der Rinde verwachsene Pia durchlässig geworden ist. An diesen Stellen geht der Niederschlag durch die Pia hindurch in verschiedene Tiefen der paralytischen Rinde, zum Teil bis zur weißen Substanz. Die normale Pia läßt keinerlei Niederschlag hindurchtreten, nur in den Lymphscheiden und in der Media der großen Gefäße kommt gelegentlich etwas Niederschlag vor. Die entzündlich oder sklerotisch verbreiterte Pia läßt, sobald sie nicht mit der Rinde verwachsen ist, keinen Niederschlag ins Parenchym hindurchtreten; wohl aber können an vereinzelten Stellen der erkrankten Pia und in ihren Gefäßen bereits

ausgiebigere Niederschläge vorhanden sein. M. H. Diese künstlichen Niederschläge im Rindenparenchym finden sich nun ausschließlich an denjenigen Stellen der Rinde, welche alle charakteristischen Merkmale des paralytischen Rindenprozesses aufweisen, Schwund der Ganglienzellen, Zerwerfung der Architektonik, Gliazellenwucherung usw. Der Niederschlag zeigt somit, daß der Liquor bei normalem Liquordruck ständig durch die zerstörte Pia in das erkrankte Parenchym hindurchdiffundiert.

Was die dauernde Verwässerung des Gewebsaftes der Pia und der Rinde für die Entstehung der pathologisch-anatomischen Veränderungen bedeutet, habe ich bereits vorhin angegeben. Die Liquordiffusion ist die Ursache einer hochgradigen Ernährungsstörung, sie bewirkt die Auslaugung des mesodermalen Exsudates und des Nervengewebes selbst und damit den Übergang der mesodermalen Syphilis zur parenchymatösen, weil die durch die Verwässerung hochgradig gestörte Rinde ihre genuine Resistenz gegenüber den Spirochäten verliert.

Derselbe Vorgang findet sich auch bei den anderen luischen Prozessen, bei der Tabes und bei der Optikusatrophie. Auch hier sehen Sie, m. H., den Niederschlag entsprechend der Lokalisation und dem Umfang der pialen Läsion in das nervöse Gewebe eintreten. Im Rückenmark zeigt der Niederschlag bei dem von uns verarbeiteten Falle, der eine äußerst schwere lumbale Tabes aufwies, eine ziemlich diffuse Verbreitung. Er beginnt, wie Sie an dem projizierten Schnitt erkennen können, an den hinteren Wurzeln, wo er die größte Dichtigkeit aufweist, und erstreckt sich dann durch die Wurzeleintrittzone ziemlich diffus in das Rückenmark, während der ebenfalls projizierte Parallelschnitt eines normalen Rückenmarkes keine Spur von Niederschlägen aufweist. Auch am Gehirn ist die normale Pia, wie Sie an den projizierten Schnitten sehen, trotz der gleichen Verarbeitung frei von Niederschlägen. Der Schnitt durch den tabischen Optikus zeigt eine streifenförmige Anordnung der Niederschläge. Sie sind am dichtesten in der Pia und an der Peripherie und nehmen nach den zentralen Partien der Nerven zu ab, wie es durchaus dem klinischen Bilde des Sehnervenschwundes und seiner Entwicklung entspricht. — Von besonderem Interesse ist schließlich noch der Hirnbefund bei einem an Diabetes verstorbenen Tabiker (Leber und Pankreas zeigten hochgradige Atrophie), der in vivo keinerlei zerebrale Erscheinungen aufgewiesen hatte. Bei ihm bestand auch am Gehirn eine Leptomeningitis und stellenweise geringe Verwachsungen zwischen Pia und Rinde. Wo letzteres der Fall war, waren sowohl in der Pia wie auch in den beiden obersten Rindenschichten schon Niederschläge vorhanden, während die ganglienzellenreichen tieferen Rindenschichten noch frei waren.

M. H. Die soeben mitgeteilten Versuche beleuchten nicht nur die ätiologische Bedeutung der Liquordiffusion bei der Genese der metaluischen Veränderungen, sondern sind auch für die Therapie der menigealen Prozesse und ihrer Ausgänge von einiger Bedeutung. Zum mindesten geht aus ihnen hervor, daß die spezifischen Heilmittel auf dem endolumbalen Wege an den Krankheitsherd herangebracht werden können, und daß es daher zweckmäßig ist, diesen Weg weiter zu verfolgen. Sie zeigen fernerhin, daß ohne Kenntnis der Liquordiffusion bei den metaluischen Prozessen eine sachkundige Handhabung der endolumbalen Dosierung

unmöglich ist. Nur die vollständige Würdigung der Liquordiffusion gestattet eine sachgemäße endolumbale Dosierung und damit die Vermeidung schwererer Funktionsstörungen; sie bildet ferner die Grundlage für die weiteren technischen Fortschritte, die Doppelpunktionsbehandlung und das Fortgießen größerer Liquormengen. Wer sie heute noch nicht anerkennen will, wie *Nonne* und seine Schüler, für den bleibt der endolumbale Behandlungsweg verschlossen.

Diskussion. — *Nonne*: Auch Individuen mit nicht „leichter" Lues und unbehandelt erkranken an Paralyse und Tabes, wie *Nonne* bei Moreira in Rio de Janeiro sah; die konjugalen Fälle von Tabes und Paralyse einerseits, Lues cerebrospinalis andererseits sprechen gegen die Theorie von *Gennerich*, auch die häufige Kombination der Paralyse und Tabes mit spezifischer Meningitis. Gegen die ätiologische Bedeutung der „langsamen" Verwässerung spricht auch die experimentelle Trypanosomentabes und die Chagas-Paralyse, die in ganz kurzer Zeit zur Entwicklung kommen. Auch die Fälle, bei denen die tiefen Partien des Hirns und die peripheren Nerven (*Steiner*) erkrankt sind, stimmen nicht überein mit der Annahme *Gennerichs* von der abnormen Durchlässigkeit der Pia. Die Annahme eines einfach hydromechanischen Vorgangs in Gestalt von Einbruch des Liquors durch die Pia ins Parenchym erklärt den viel komplizierteren Prozeß der Tabes und Paralyse nicht. — *Jakob* hebt die großen Verdienste *Gennerichs* auf therapeutischem Gebiet hervor, kann aber seinen theoretischen Ausführungen in keiner Weise folgen. Auch in den vorliegenden Untersuchungen erblickt *Jakob* keinen Beweis für die *Gennerich*schen Schlußfolgerungen und lehnt derartige Versuchsanordnungen an der Leiche als irgendwie beweiskräftig für eine Frage ab, bei der physikalisch-biologische und osmotische Bedingungen während des Lebens von grundsätzlicher Bedeutung sind. — *Kafka* fragt, ob sonst in der pathologischen Biologie eine Auslaugung eines parenchymatösen Organs durch eine Körperflüssigkeit bekannt sei. Auch kann *Kafka* auf Grund seiner Liquorstudien nicht annehmen, daß dem Liquor eine derartige aktive Tätigkeit gegeben ist. Dagegen tritt *Kafka* für die endolumbale Injektion ein und erwähnt die Versuche *Streckers*. — *Wohlwill* möchte ebenfalls warnen, auf postmortale Befunde auf physikalisch-chemischem Gebiet zu großes Gewicht zu legen. Die Befunde, nach denen in dieser Beziehung Paralytikergehirne sich anders verhalten als normale und die kranken Stellen an Paralytikergehirnen anders als die gesunden, sind sehr interessant, es ist aber wahrscheinlicher, daß dies Verhalten die Folge des paralytischen Prozesses ist, denn ein Symptom der als Ursache angenommenen Liquordifferenz. Zum mindesten aber müßte bewiesen werden, daß die Lues cerebri sich bei den *Gennerich*schen Experimenten wie normale Gehirne verhält. — *Pette* weist darauf hin, daß die Klinik der von *Gennerich* vertretenen Auffassung nicht recht gibt. Wenn es die lymphozytäre Infiltration wäre, die schließlich die abnorme Durchlässigkeit der Meningen bewirkt, so wäre nicht einzusehen, warum nur ein solch kleiner Prozentsatz aller Luesinfizierten tabisch oder paralytisch wird. Wissen wir doch, daß fast alle Luiker im Sekundärstadium ihre Meningitis durchmachen. Da seit der Salvarsanära gerade die schweren Formen der meningealen Lues häufiger geworden sind, müßten wir inzwischen eine



beträchtliche Zunahme der metaluischen Erkrankungen beobachtet haben. Das ist, soviel bis jetzt bekannt, aber nicht der Fall. — *Embden* hat Bedenken, auf Grund des spärlichen experimentellen Materials große theoretische Erörterungen anzustellen. Die tote Membran verhält sich anders als die lebende. Man denke nur an die Galle-Imbibitionserscheinungen an jeder Leiche. Bewiesen ist nur die Möglichkeit, gewisse Stoffe aus dem Liquor in das Mark einzupressen. — *Creutzfeld*: Die Methodik ist durchaus unzuverlässig. Ein eigener, nach *Gennerichs* Methode behandelter Fall war alt und zeigt Bilder, die so diffuse Imbibition der Gewebe darstellen, daß kein sicherer Schluß möglich ist. Trotzdem halte ich Nachprüfungen für nötig. Ob sie für die Paralyse etwas sagen, ist eine andere Frage. — *Weygandt*: Meine Skepsis wurde durch die Versuche gemildert, aber nicht überwunden. Die Endolumbalsalvarsantherapie nach *Gennerich* ist höchst empfehlenswert, bei Meningeallues ist es die Methode der Wahl. — *Gennerich* (Schlußwort): Die Einwände *Nonnes*, daß Fälle mit unbewußter leichter Syphilis nach völlig latentem Verlauf ebenso an Tabes und Paralyse erkranken können wie vereinzelte Fälle, die früher oder später Tertiärerscheinungen aufgewiesen haben, stehen keinesfalls mit unseren biologischen Anschauungen im Widerspruch. Im ersteren Falle handelt es sich um ein bereits in den Vorwerten durch spezifische Behandlung abgeschwächtes Virus, das, wie ich an anderer Stelle ausführlich berichtet habe, zum latenten und energischen Syphilisverlauf und zu einer ausgiebigen meningealen Durchseuchung disponiert, während im zweiten Falle die sich im Tertiarismus kundtuende Allergie erst durch die spezifische Behandlung zerstört wird. Auch hier wird durch die Therapie das Virus abgeschwächt und hochgradig eingeschränkt, so daß die Grundlage für allergische Reaktionen des Organismus beseitigt und damit der anergische Sekundarismus hergestellt wird. In wieder anderen Fällen kommt die Umstimmung des Gewebes, eben der Tertiarismus, wie ich es wiederholt bei Metalues gesehen und berichtet habe, zu spät zur Entwicklung, nachdem der meningeale Diffusionsvorgang bereits in Gang gekommen ist. Das trifft auch bei gänzlich unbehandelten Fällen zu. Immerhin sind die von *Nonne* herangeholten Beobachtungen Seltenheiten, denen keine Allgemeinbedeutung zukommt, und die sich bei näherer Betrachtung der biologischen Faktoren unschwer erklären lassen. Ein verschiedener Verlauf der konjugalen Syphilis ist in seiner Ausgestaltung davon abhängig, in welchem Infektionsalter und nach welchen therapeutischen Einflüssen und gegebenenfalls wie lange danach das Virus übertragen worden ist. Dementsprechend kann der Infektionsverlauf auch bei Ehegatten sehr verschieden sein, weil das Virus bei dem Infektionsüberträger durch verschiedene Einflüsse verändert werden kann und daher bei weiterer Übertragung andere Bedingungen hervorruft als bei der Infektion des Überträgers. Besonders überraschend ist aber die *Nonnesche* Ansicht, daß die Kombination von Metalues mit spezifischer Meningitis gegen meine Feststellungen von der Liquordiffusion spräche. M. E. läßt sich doch nicht in Abrede stellen, daß Tabes und Paralyse von einer latenten syphilitischen Meningitis, die oft schon erhebliche Zeit vor Ausbruch der Paralyse zu den heftigsten Kopfschmerzen führt, ihren Ausgang nimmt. Wenn wir bei Metalues verlangen wollten, daß die Liquordiffusion an allen



Stellen der erkrankten Pia zustande kommt, so müßte die Syphilis in ihrer jeweiligen Lokalisation stets mathematisch gleichmäßige Effloreszenzen setzen, was natürlich ein Unding ist. Auch bei der Paralyse werden sich an der Pia, wie es auch meine heutigen Präparate zeigen, stets mehr oder minder starke infiltrative Vorgänge anfinden, die der Liquordiffusion noch Widerstand leisten. Es gibt hier jedenfalls bei frischen Paralysen fließende Übergänge von syphilitischer Meningitis und rein degenerativen Veränderungen. Auch bei dem einen von uns bearbeiteten Tabesfall fand sich eine ziemlich ausgebreitete Meningitis, die erst an wenigen Stellen den Niederschlag bis zur ersten bzw. zweiten Parenchymschicht hindurchließ. Der weitere Einwand *Nonnes*, daß auch die tieferen Hirnpartien und peripheren Nerven erkranken, erübrigt sich deshalb, weil der Diffusionsniederschlag ebenfalls weit bis in die weiße Substanz und an den hinteren Wurzeln bis ins Ganglion verfolgt werden kann. Die Liquordiffusion geht also überall dort hin, wo sich degenerative Veränderungen vorfinden. Wenn *Nonne* zur Ablehnung der Liquordiffusion schließlich noch Vergleiche mit der Trypanomiasis zieht, so halte ich dieses bei dem Mangel an erschöpfenden Beobachtungen über die Biologie dieser Erkrankung zurzeit für noch nicht berechtigt. Sowohl nach meinen klinischen Erfahrungen über Schlafkrankheit in Portugiesisch-Angola an dem vielseitigen Krankenmaterial von Ayres Kopke, wie nach den mir erst sehr viel später zugänglich gewordenen histologischen Bildern bestehen zwischen Metalues und Trypanomiasis trotz einiger Berührungspunkte doch recht erhebliche Unterschiede klinisch, biologisch und histologisch. Ich habe alle Stadien der Schlafkrankheit vom Latenzstadium mit den allgemeinen Drüsenschwellungen bis zum Endstadium, wo die Patienten nicht mehr zu erwecken waren und künstlich ernährt wurden, längere Zeit beobachtet. Die Bewegung der Erreger wurde durch regelmäßige Blut- und Liquoruntersuchungen nachgeprüft. Metalues und ähnliche Krankheitsbilder waren recht selten. Ihr Vorkommen braucht nicht unbedingt verwandte biologische Verhältnisse der beiden Erkrankungen zur Voraussetzung zu haben. Schon die gleiche Lokalisation des verschiedenen infektiösen oder noch anders gearteten Krankheitsvorganges kann die Ursache für ähnliche Krankheitssymptome bilden. So gibt es doch noch eine ganze Reihe psychiatrisch und neurologisch wohlbekannter Krankheitsbilder, die zum Teil infektiös, traumatisch oder aus bisher noch unbekannter Ursache bedingt der Metalues außerordentlich ähnlich sehen. Auf die Dislokalisation des Virus auf dem Liquorwege will ich hier bei der Trypanomiasis, obgleich hier Beziehungen zur meningealen Syphilis bestehen, nicht näher eingehen. Histologisch unterscheidet sich jedenfalls die Trypanomiasis von der Paralyse durch den Fortbestand ausgiebigerer und ziemlich gleichmäßiger Infiltrationsvorgänge im Parenchym, so daß das Vorhandensein einer ähnlich starken Liquordiffusion bei der Schlafkrankheit nicht besonders wahrscheinlich ist. Das Wichtigste ist aber — und das muß hier immer wieder betont werden —, daß die Syphilisspirochäte ein obligater Mesodermschmarotzer ist, was von der Trypanomiasis bisher nicht im gleichen Maße bekannt ist. Wenn die Trypanosomen sich schließlich vorzugsweise in den subarachnoidealen Räumen und an der Peripherie des Z. N. S. festsetzen, so hat dieses schon darin seinen Grund, daß das



Vorhandensein des Liquors für die Entwicklung kräftiger Allergievorgänge an den Meningen ungünstig ist. Hier bleibt daher die Vorzugslokalisation der Trypanosomen, nachdem sie aus dem Blut längst verschwunden sind. Der Weg ins Parenchym ist den Trypanosomen aber nicht durch eine völlige Resistenz, wie bei den Syphilisspirochäten, versperrt, sondern nur durch die hier vorhandenen allergischen Verhältnisse, die aber kein absolutes Hindernis bilden (s. Syphilis cerebrospinalis). Die Syphiliserreger können dagegen nur dann zu Parenchymschmarotzern werden, wie es das Bild der Paralyse zeigt, wenn die Resistenz des nervösen Gewebes gebrochen ist. Dies ist nur durch eine hochgradige Ernährungsstörung des Nervenparenchyms möglich, die eben durch eine Verwässerung des Gewebsaftes durch den eindringenden Liquor bewirkt wird. — Die klinischen Merkmale des Diffusionsvorganges im Krankheitsbereich habe ich Ihnen bereits vor Jahren berichtet. Heute zeige ich Ihnen am anatomischen Präparat, daß der Diffusionsniederschlag ebenfalls und ausschließlich nur an den Krankheitsherden zustande kommt, während normales Hirn und Rückenmark freibleiben. Die Verhältnisse liegen also bei der Leiche genau so wie beim Lebenden. Dadurch wird der Einwand von *Jacob* und *Wohlwill*, daß es sich um postmortale Veränderungen der Piadurchlässigkeit handeln könnte, völlig gegenstandslos. Daß die syphilitische Meningitis, soweit es sich nicht schon um metaluische Vorstadien handelt, für die Liquordiffusion undurchlässig ist, wurde bereits vorher erwähnt. — Dem Einwurf von Herrn *Embden*, daß ein Material von 6 Fällen nicht genüge, um die Frage der Liquordiffusion zu klären, kann ich nicht beipflichten. M. E. genügt es, nur an einem einzigen Falle nachzuweisen, daß die Liquordiffusion im Einklang mit den klinischen Beobachtungen nur an den metaluischen Krankheitsherden vorhanden ist, während sie an der gesunden Pia einer luesfreien Leiche fehlt. Außerdem entspricht es nicht den berichteten Tatsachen, wenn Herr *E.* das Auftreten des Niederschlags auf ein Hineinpressen des Chemikals in das Mark zurückführt; es bedarf hierzu, wie besonders von mir hervorgehoben, lediglich der Wiederherstellung eines normalen Liquordruckes; der bei der Leiche wiederherzustellende endolumbale Druck muß jedoch so dosiert werden, daß er auch in der Schädelhöhle der Norm entspricht und sich nicht dureh die Widerstände im Lumbalsack und die Länge des Weges verliert. Nur bei der Prüfung der Diffusionsverhältnisse bei alleiniger Tabes soll die Erhöhung der Infusionsbürette geringer sein, als wenn es darauf ankommt, die zerebralen Meningen auf ihre Durchlässigkeit zu prüfen. Diese Dinge bedürfen eigentlich keiner besonderen Ausführung. — Von den *Pette*schen Ausführungen ist richtig, daß die Mehrzahl aller Luiker im frischen Sekundärstadium eine syphilitische Meningitis durchmacht, und daß nur ein relativ geringer Prozentsatz von ihnen später an Metalues erkrankt. Bei den übrigen Fällen wird z. T. durch die spezifische Behandlung eine Assanierung der Meningen erzielt. Andere Fälle, soweit sie nicht durch allmähliche Steigerung der allergischen Vorgänge ihre meningeale Infektion selbst überwinden, erkranken nur deshalb nicht, weil der meningeale Herd sowohl quantitativ wie qualitativ nicht im Vordergrunde des Infektionsverlaufs steht. Die Allgemeindurchseuchung ist noch ausgiebig genug oder hat sich rückwärtig wieder derartig entwickelt, daß es zunächst

oder auch lange Zeit nicht zu einer stärkeren Provokation des meningealen Prozesses kommt. Fälle mit schwer pathologischem Liquor und gleichzeitigen kutanen Prozessen, die neben der hartnäckig positiven S.R. auf den Fortbestand einer erheblichen Allgemeinsyphilose hinwiesen, habe ich bei klinisch freiem Z.N.S. bis zum 30. Infektionsjahr oftmals feststellen können. Bei einem unbehandelten Tabesfall, der verschiedentlich und auch bei seinem jetzigen Zugehen papulo-ulzeröse Erscheinungen aufwies, lag die Infektion 40 J. zurück. Es ist also nicht allein, wie *Pette* irrtümlich annimmt, die lymphozytäre Infiltration, die ich als einzige Ursache oder Disposition für die Metalues bzw. für die Liquordiffusion ansehe, sondern es handelt sich um mehrere Faktoren, die zusammentreffen müssen, um aus einer meningealen Entzündung eine Metalues entstehen zu lassen. Es müssen vorhanden sein eine hochgradige und nachhaltige Einschränkung der Allgemeinsyphilose (therapeutische oder spontane Provokation), eine ausgesprochene anergische Reaktion, die sich natürlich auch an den meningealen Herden nur durch rein infiltrative, von der gummösen Wucherung weit entfernte Vorgänge kennzeichnet, und schließlich ein mehr oder minder langjähriger Bestand der meningealen Entzündung. Alle Fälle mit schweren meningealen Entzündungen des mittleren Latenzstadiums sind, soweit sie negative Luetinreaktionen aufweisen, als stark gefährdet durch Metalues anzusehen. Die von *Pette* geäußerten Ansichten erklären sich naturgemäß aus der Einseitigkeit seines neurologischen Krankenmaterials und seiner rein anatomischen Einstellung, die beide allein eine Übersicht über den biologischen Gesamtverlauf der Syphilis und die für ihn maßgebenden Faktoren nicht ermöglichen. — Demgegenüber möchte ich mir noch erlauben, hier hervorzuheben, daß sich die von hier berichteten Erfahrungen auf ein sehr umfangreiches und aus allen Weltteilen stammendes Krankenmaterial stützen, das auch nach jahrelanger Abwesenheit stets wieder nur in unsere Hände gelangen und ohne Schwierigkeiten und sehr ausgiebig allen modernen Untersuchungsmethoden unterworfen werden konnte. Da die frühere Marine zum großen Teil aus Kapitulanten bestand, denen sie eine Lebensstellung bot, da ferner die Nachbeobachtung wie auch die Anwendung besonderer Behandlungsmethoden in erster Linie in Kiel zentralisiert war, so war es uns ein leichtes, in recht umfangreicher Art die Verlaufseigentümlichkeiten der verschiedenen Infektionen vom frischen Stadium bis zum Endausgang zu überblicken. Um hinsichtlich der Herkunft, des klinischen Verlaufs und der früheren Behandlung Irrtümer möglichst auszuschließen, wurden die früheren Krankenakten eines jeden Falles einer eingehenden Nachprüfung unterzogen und danach gestrebt, den derzeitigen Befund mit der Vorgeschichte und mit den feststellbaren Tatsachen des weiteren Syphilisverlaufes in Einklang zu bringen. Es erscheint mir jedenfalls sehr zweifelhaft, ob ein gleich geeignetes und vielseitiges Material zur Nachprüfung der biologischen Fragen in so umfangreicher Weise jemals wieder zur Verfügung stehen wird. Bei der Betrachtung des biologischen Syphilisverlaufs möchte ich ferner auch meine Erfahrungen in Afrika über den Krankheitsverlauf der verschiedenen Infektionen (exotische und europäische bzw. bei Eingeborenen und bei Weißen) nicht vermissen. Wenn wir nun von den berichtigten biologischen Beobachtungen ganz absehen, so ist von meinen

Gegenrednern eine sehr wichtige Tatsache ganz außer acht gelassen worden. Es ist dies wohl nur dadurch erklärlich, daß die Herren Referenten auf diesem Gebiete noch über keine eigenen Erfahrungen verfügen. Es läßt sich jedenfalls nicht umgehen, für die außerordentliche Empfindlichkeit des metaluisch erkrankten Rückenmarks bei der endolumbalen Salvarsanbehandlung eine plausible Erklärung zu finden. Wenn letzteres nur $^1/_5$ der für ein gesundes Rückenmark belanglosen Dosierung verträgt, wenn sich ferner die Irritationserscheinungen genau an die Lokalisationen des Krankheitsprozesses halten, so muß doch die Pia nach folgerechtem Schluß an diesen Stellen durchlässig geworden sein. Außerdem ist von seiten der Herren Referenten auch auf meine Beobachtung bei der Paralyse nicht eingegangen worden, die eine schlagartige Verschlimmerung des Leidens nach erzwungenem Einlauf vermehrter Flüssigkeitsmengen in den Lumbalsack regelmäßig erwiesen haben. Ohne eigene Ausübung der endolumbalen Therapie ist man allerdings nicht in der Lage, von den soeben nochmals von mir hervorgehobenen Beobachtungen einen nachhaltigen Eindruck zu gewinnen. Ich möchte aber doch dazu raten, bei Aufnahme der endolumbalen Behandlung den berichteten Tatsachen Rechnung zu tragen. Ohne ihre eingehende Kenntnis und praktische Würdigung ist die endolumbale Behandlung völlig undurchführbar, weil der betreffende Therapeut sonst schwere Lähmungen oder anderweitige schwere Zufälle hervorrufen oder aber mit einer absoluten Unterdosierung keinerlei praktische Erfolge erzielen wird. Auch die neueren technischen Fortschritte der Methode, die eine Heranführung endolumbaler Dosen an die zerebralen Meningen bezweckt und das Rückenmark selbst von dieser Dosierung freiläßt, würde nicht verstanden werden. — Beim lebenden Metaluiker machen sich diese zuerst bei der endolumbalen Behandlung entdeckten Liquordiffusionsvorgänge auch sonst noch in verschiedener Hinsicht bemerkbar, worauf ebenfalls keiner von meinen Gegenreferenten eingegangen ist. Sie verhindern eine genügende Allgemeinbehandlung infolge der Verwässerung des Gewebsaftes am Krankheitsherd, sie ermöglichen eine ziemlich ausgiebige Wirkung des durch eine besondere Technik endolumbal herangeführten Salvarsans im metaluischen Gewebe, und erklären ferner, wie ich an anderer Stelle ausführlich beschrieben habe, das Zustandekommen der anatomisch-pathologischen Veränderungen und schließlich den Werdegang des Liquorbildes vom Frühstadium bis zum Endstadium. Die günstige Wirkung großer Liquorentnahmen und häufiger Lumbalpunktionen, und zwar ohne gleichzeitige spezifische Therapie, ist auch bereits anderen Beobachtern aufgefallen (z. B. *Behr* bei der tabischen Optikusatrophie). Kürzlich haben auch amerikanische Autoren bei chemischer Untersuchung des Paralytiker-Gehirns einen vermehrten Wassergehalt, eine Abnahme der Lipoidsubstanzen (infolge Parenchymschwund) und eine Zunahme des Proteingehaltes (Gliawucherung) feststellen können. — Jedenfalls erscheint es mir nicht besonders zweckmäßig, sich bei einer kritischen Würdigung der Liquordiffusion lediglich mit einem Beweisstück zu befassen, weil dadurch das Verständnis für die biologischen Grundlagen und Ursachen wie auch für die klinischen Auswirkungen des Diffusionsvorganges in keiner Weise gefördert wird. Ich habe nie behauptet, daß die Liquordiffusion allein die Metalues verursacht, sondern



auf der Basis der soeben angeführten Beobachtungen nur das Eine, daß sie durch Verwässerung des Parenchyms seine Widerstandsfähigkeit gegen die Spirochäten zerstört, wodurch diese vom Mesoderm auf die ektodermale Substanz hinüberwandern können. — Ein sachliches Eingehen auf die heute demonstrierten Präparate, die einen Diffusionsniederschlag an allen metaluischen Krankheitsherden, und zwar ausschließlich an diesen erkennen lassen, habe ich von seiten meiner Gegenreferenten vermißt. Für die Möglichkeit postmortaler Veränderungen sehe ich keine Beweise erbracht. Wenn der von *Creutzfeld* unternommene Diffusionsversuch kein klares Bild ergeben hat, so kann dieses nur in der Anwendung zu konzentrierter Lösungen oder eines zu hohen endolumbalen Druckes seine Ursache haben. Herrn *Wohlwills* Behauptung, daß ich bei der Liquordiffusion Ursache und Folge verwechsle, entbehrt jeder Begründung. Wenn Herr *W.* nur ein einzigesmal beobachtet hätte, wie bei der endolumbalen Behandlung einer gummösen Myelitis — die Luetinprobe des Falles ergab stärkste Reaktion (mit nachfolgender Nekrose) bei Anwendung *Noguchi*schen Luetins — das Rückenmark bei der Abheilung des Prozesses und beim Rückgang der Lähmungen beider Extremitäten ganz allmählich keine höheren endolumbalen Dosierungen mehr verträgt und sich schließlich gegen eine geringe endolumbale Dosierung als hochempfindlich erweist und sogar mit erneuten Funktionsschädigungen antwortet, so würde er es wohl niemals ausgesprochen haben, daß die Metalues die Ursache der Liquordiffusion ist. Schon dieses eine Beispiel dürfte zum Nachdenken darüber auffordern, welche Wechselbeziehungen zwischen der verschiedenen pialen Granulation, der spezifischen Therapie oder anderen abbauenden Faktoren, dem Restzustande der Pia und ihrer Durchlässigkeit gegenüber dem Liquor bestehen. — M. H. Die Ausführungen meiner Gegenreferenten haben sich mit den hauptsächlichsten Beweisgründen für die Liquordiffusion nicht näher befaßt und sind daher in keiner Weise imstande, die feststehenden Tatsachen irgendwie zu erschüttern. Außerdem möchte ich es nicht unterlassen, auf die weitgehenden Konsequenzen aufmerksam zu machen, die sich bei Nichtbeachtung der Diffusionsvorgänge für die kausale und erfolgreiche Behandlung Ihres Krankenmaterials ergeben. Ohne die Erfolge der Fieberbehandlung bei der Metalues verkleinern zu wollen, hat sich eine sachkundige endolumbale Behandlung noch als der sicherste und wirksamste Weg erwiesen, um bei einem großen Teil dieser Krankheitszustände hochgradige funktionelle Besserungen oder aber auch, wie z. B. bei Tabes und Optikusatrophie, einen völligen Stillstand des Prozesses zu erreichen.

Runge u. *Creutzfeld*: Über Spätenzephalitis.

Runge berichtet über 2 Fälle von amyostatischen Spätzuständen bei Encephalitis epidemica, die gewisse Besonderheiten aufweisen, nämlich eine geringe Intensität und Ausdehnung der Rigidität bei starker Betonung akinetisch-bradykinetischer Erscheinungen und der Katalepsie, die sogar an den nicht rigiden Teilen zu beobachten waren, so daß das Bild zumal bei dem Fehlen eines eigentlichen Flexionstyps dem des echten Parkinson absolut unähnlich war und mehr dem katatonischer Stuporzustande glich. Dieser Eindruck wurde noch verstärkt durch den zähen,



wächsernen Charakter der Rigidität der Armmuskulatur im 2. Fall, das Fehlen des klonischen Zuckens bei Dehnung der rigiden Muskeln, und das Fehlen des Zitterns, das besonders im 2. Falle gänzlich vermißt wurde und auch durch sympathikotrope Mittel nicht hervorgerufen werden konnte, was dem Vortragenden in anderen derartigen Fällen stets gelang. Ungewöhnlich war das Bild ferner durch das gänzliche Fehlen von Pulsion, von Hypokinesis, die geringe Ausprägung der Adiadochokinesis, im 2. Fall durch die starke Adipositas (Gewichtszunahme um 35 Pfd.) und eine eigenartige, sonst nicht beobachtete Sprachstörung, die gewisse Anklänge an Palilalie aufwies. Die Unmöglichkeit der Auslösung von Tremor durch Kokain und Adrenalin, eine wahrscheinlich vorhandene linksseitige Sympathikuslähmung lassen im 2. Fall vielleicht an die Schädigung von Sympathikuszentren im Zwischenhirn denken. Die eigenartige Form der Rigidität, die Kleinheit der Amplituden der phasischen Aktionsströme in den rigiden Muskeln weisen andererseits vielleicht auf eine stärkere Betonung der rein tonischen Komponente der Rigidität gegenüber der tetanischen hin. Die Eigenarten der beiden Fälle beruhen offenbar auf einer besonderen, von den andern Fällen abweichenden Lokalisation der pathologischen Prozesse. Die beiden Fälle kamen nach 1½- bzw. 2¾ j. Dauer des Leidens an interkurrenten Krankheiten ad exitum (Fall 2 ist bereits im A. f. Ps. 67 S. 167 vor Abschluß der Beobachtungen kurz mitgeteilt). — Was die Frage der Disposition in den amyostatischen Fällen der Encephalitis epidemica betrifft, so konnte der Vortragende bisher in 6 solchen Fällen gewisse Momente nachweisen, wie Paralysis agitans, Chorea chronica und senile *Parkinson*-Syndrome bei dem Vater je eines Falles, je einmal einen hysterischen Schütteltremor (Kriegszitterer) mehrere Jahre vor Beginn der Encephalitis, eine von Kind auf bestehende Neigung zu psychogenen Zitteranfällen und ein ebenfalls von Kind auf bestehendes Dauerzittern der Hände, Anzeichen, die mit einer gewissen Berechtigung und aller Vorsicht im Sinne einer besonderen Disposition oder Ansprechbarkeit des striären oder der mit ihm in Verbindung stehenden Systeme verwertet werden können, und die das Befallenwerden dieser Systeme von dem enzephalitischen Krankheitsprozeß hier vielleicht erklärlich erscheinen lassen.

Diskussion: *Jakob* betont die Wichtigkeit einer sorgfältigen Untersuchung des ganzen Zentralnervensystems bei den enzephalitischen Nachkrankheiten; wenn auch die Substantia nigra-Erkrankung offenbar einen ganz regelmäßigen Befund darstellt, so ist doch in den einzelnen Fällen eine recht wechselnde Ausdehnung des Prozesses auch in anderen grauen Gebieten anzutreffen. Die *Creutzfeldt*schen Befunde sprechen dafür, daß vornehmlich der Intensitätsunterschied in der Substantia nigra-Erkrankung für die Eigenart des klinischen Bildes gegenüber den gewöhnlichen metenzephalitischen Parkinsonismen mit schwererer Läsion an der gleichen Stelle verantwortlich zu machen ist. — *Pette* fand in einem Falle, der jahrelang das Bild schwersten Parkinsonismus mit Rigor geboten hatte, histologisch ebenfalls schwerste degenerative Veränderungen fast ausschließlich in der Substantia nigra. Von Entzündung war so gut wie nichts mehr zu erkennen. Eigene histologische Befunde an frischen Fällen von E. e. aus der diesjährigen Epidemie geben ebenfalls der von *Jakob*



und *Spatz* vertretenen Auffassung recht, daß die Substantia nigra eines der am meisten befallenen Zentren ist. Demgegenüber verfügt Vortr. allerdings auch, und zwar aus der diesjährigen Epidemie, über mehrere Fälle, wo bulböse bzw. spinale Symptome das klinische Bild beherrschen. In einem Falle, der nach Art eines *Landry* verlaufen war, zeigte die Medulla die typischen infiltrativen und degenerativen Veränderungen bei geringer Beteiligung des Hirnstammes. Aus solchen Beobachtungen ergibt sich, daß das Encephalitis-Virus zu verschiedenen Zeiten eine verschiedene Affinität zu den einzelnen Zentren hat. — *Runge* (Schlußwort) verweist auf die Untersuchungen an zahlreichen Fällen von Paralysis agitans durch *Lewy*, der nur bei wenigen Veränderungen an der Substantia nigra nachweisen konnte. *R.* hebt nochmals die Eigenart des Rigors in Fall 2 hervor, die vegetativen Störungen, die Unmöglichkeit, durch sympathikotrope Mittel den Tremor hervorzurufen, was in anderen Fällen stets gelang. Alles das berechtigt dazu, die Rigidität hier von der in anderen Fällen beobachteten abzugrenzen und als etwas Besonderes anzusehen. — *Creutzfeld* (Schlußwort): Gerade die Auflösung der P. a. in das pallido-striäre Syndrom und in die Tonus-Komponente scheint wichtig zu sein. Die E. e.-Fälle geben uns gerade in solchen Beispielen wie die beiden mitgeteilten vielleicht die Möglichkeit einer solchen Zergliederung der P. a.-Symptome.

Kafka: Demonstration über die Ätherextrakte aus Liquor cerebrospinalis.

Vortr. berichtet an der Hand von Lichtbildern und aufgestellten Versuchen über bemerkenswerte Phänomene, die ihm bei der Schüttelung von Liquor mit reinem Äther aufgefallen und von ihm eingehend studiert worden sind. Unter eingehender Besprechung der Technik wird zuerst das Erstarrungsphänomen geschildert, das darin besteht, daß die Ätherschicht unter bestimmten physikalischen Kautelen bei wassermann-negativen Rückenmarksflüssigkeiten eine größere Neigung zum Erstarren hat als bei wassermann-positiven. Es wird ferner kurz das Flockungsphänomen besprochen, das ebenfalls eine gewisse Abgrenzung zwischen positiven und negativen Liquores gestattet. Besonders geschildert wird zum Schlusse die Erscheinung, daß nach Zusatz von physiologischer Kochsalzlösung und einigen Tropfen alkoholischer Sudanlösung zu dem nach der Ätherverdunstung verbleibenden Rückstand ein Farbenunterschied zwischen wassermann-positiven und wassermann-negativen Liquores festzustellen ist, und zwar so, daß in der ersten Fraktion sich die wassermann-negativen Flüssigkeiten entfärben, während die weiteren Fraktionen das umgekehrte Verhalten zeigen. Enteiweißter Liquor zeigt die Erscheinung besonders deutlich.

Diskussion. — *Rehm* hat Versuche mit Benzol, Toluol und Xylol gemacht. Es handelt sich um kolloidchemische Reaktionen, man hat zu unterscheiden zwischen der Ring- und Schaumbildung und der Trübung der untenstehenden Flüssigkeit (und Liquor). Die Häutchenbildung ist eine bekannte kolloidchemische Tatsache. Differential-diagnostisch ist bisher Wesentliches nicht erreicht worden, jedoch scheint die allgemeine Arteriosklerose gewisse Veränderungen zu erzeugen. — *Jacobsthal*: Wo gehen bei der Ätherausschüttelung die *Wassermann*schen Reaktionskörper

hin? Gehen sie in den Ätherextrakt oder bleiben sie im Liquor? Hinweis auf die entsprechenden Versuche am Serum von *Forßmann* und *H. Schmidt*. — *Lichtwitz*: Es handelt sich nicht um Ätherextrakte, sondern um eine Oberflächenerscheinung (Adsorption an der Tröpfchenoberfläche), wie sie beim Schütteln von Hydrosolen mit wasserlöslichen Flüssigkeiten eintritt. — *Kafka* (Schlußwort): Gegenüber H. *Lichtwitz* fragt *K.*, wie man die Erscheinungen bemessen soll, da doch durch den Äther Stoffe aus dem Liquor herausgezogen werden. Man spricht auch bei serologischen Reaktionen in diesem Sinne von Extrakten, ohne daß damit angezeigt ist, ob das Extraktionsmittel die extrahierten Stoffe in Lösung hält. *K.* betont auch den prinzipiellen Unterschied gegenüber Parallelversuchen mit Urin. Die Versuche von H. *Rehm* sind *K.* bekannt, *Rehm* hat sich nicht des Äthers bedient und hat eine andere Versuchstechnik. H. *Jacobsthal* antwortet *K.*, daß die WaR bei geeigneter Ätherschüttelung (häufiges Ersetzen durch frischen) stets verschwindet. Ob sie im Ätherextrakt auftritt, müssen weitere Versuche lehren.

Trömner demonstriert einen Sedimentator für Zellen und feine Niederschläge, besonders für Liquorzell-Untersuchungen. Es ist ein in die Zentrifugenhülse passendes Glasröhrchen von etwa Fingerlänge, welches an einem Ende durch Kork- oder Gummistopfen geschlossen ist. Auf diesen Stopfen wird innen ein gut passendes rundes Deckgläschen gelegt. Man füllt den Liquor hinein, zentrifugiert ca. 10—15 Minuten, bis sich alle Zellen auf dem Deckgläschen niedergeschlagen haben, dann gießt man ab, entnimmt das Deckgläschen, fixiert, färbt in üblicher Weise und bringt dann das zellentragende Deckgläschen umgekehrt auf den Objektträger. Parallelversuche haben die Überlegenheit dieses neuen Verfahrens vor dem alten gelehrt. Näheres M. m. W. demnächst. Fabrikation bei Lautenschläger, Berlin.

Kaltenbach gibt einen kurzen Überblick über die Entwicklung der Normomastixreaktion und erörtert speziell die Veränderungen der Normomastixreaktion bei malariabehandelten Paralytikern. Er zeigt an Hand zahlreicher Lichtbilder, daß bei allmonatlichen Punktionen 1. die Normomastixreaktion bei unbehandelten typischen Paralytikern dauernd gleichstarke Reaktionen ergibt, 2. bei malariabehandelten Paralytikern mit guter Remission sich die Normomastixreaktion nach der Behandlung dauernd bessert parallel den übrigen Liquorbefunden und dem psychischen Bilde, 3. sich die anfänglichen psychischen Besserungen nach der Malariabehandlung mit nachfolgender psychischer Verschlechterung ebenfalls in einem anfänglichen Schwächer- und später wieder Stärkerwerden der Normomastixreaktion ausprägen, 4. die nach der Malariabehandlung psychisch unveränderten Kranken auch keine wesentliche Änderung in der Normomastixreaktion zeigen. In einer größeren Arbeit mit Dr. *Kafka* wird über die Untersuchungen noch ausführlich berichtet werden.

Diskussion. — *Goebel*: Wir konnten auf der Abteilung von Prof. *Nonne* die Befunde von H. *Kaltenbach* nur teilweise bestätigen. Auch wir fanden häufig eine beträchtliche Abnahme der Mastixreaktion. Oft erst mehrere Wochen nach Malariabehandlung. Eine qualitative Änderung der



Paralysekuren oben, d. h. eine Verteilung der Ausfällungsoptimen nach rechts sehen wir nicht. Von Normosal sehen wir keinerlei Vorteile gegenüber nur N.-Lösung. — *Kafka* erwidert H. *Goebel*, daß die günstigen Ergebnisse *Kaltenbachs* darauf zurückzuführen sind, daß er in regelmäßigen Abständen punktiert hat. Daß *G.* nur quantitative Abschwächungen gesehen hat, das Maximum aber konstant blieb, dürfte an der von der unseren verschiedenen Technik *G.*s liegen, sowie daran, daß *G.*s Kurvenbeschreibung weniger Abstufungen kennt.

Weygandt: Zur Malariabehandlung der Paralyse.

Die günstigen Erfolge der Malaria-Impfkur bei Paralyse haben sich auch bei wachsendem Material bestätigt, nachdem die Methode seit mehr als 4 Jahren in Friedrichsberg geübt wird und etwa 300 Fälle von hier aus behandelt worden sind. Der älteste unserer Fälle, 5. 6. 1919 geimpft, war schon 4 J. früher irrenanstaltsbedürftig. Die Besserung setzte nach der Impfkur langsam ein, schritt aber so weit vor, daß er einen neuen Beruf als Theaterbüroschreiber fand und später in das Bankfach erfolgreich übertreten konnte, wo er jetzt voll beschäftigt ist, viele Überstunden leistet und gut verdient. Vor ¼ J. heiratete er, wenn auch gegen ärztlichen Rat. Pup. different, L.R. schwach. — Die Statistik wird immer schwieriger, da die Fälle längere Zeit nach ihrer erfolgreichen Kur sich nicht mehr so leicht zur Nachuntersuchung stellen, insbesondere zur Serum- und Liquorprüfung. Hinsichtlich der Kurergebnisse unterscheiden wir A vollberufsfähig, B berufsfähig mit einzelnen Defekten, C gebesserte mit geringer Beschäftigungsfähigkeit, D nicht gebessert und E an Paralyse oder Begleitkrankheit gestorben.

Frühjahr 1922 war bei 21 Fällen, die seit 1½ J. behandelt waren, folgende Gruppeneinteilung möglich:

A = 29,5 %; B = 29,5 %; C = 13,7 %; D = 13,7 %; E = 13,7 %.

Herbst 1922 bei 118 Fällen, die seit ½ J. behandelt waren:

A = 31,4 %; B = 27,1 %; C = 11 %; D = 29,3 %; E = 19,2 %.

Frühjahr 1923 bei 127 Fällen, die seit ½ J. behandelt waren:

A = 38,2 %; B = 12,3 %; C = 16,5 %; D = 21,8 %; E = 11, 2 %.

Die Unterschiede sind also bei den verschiedenen Berechnungsarten doch nicht erheblich. Rückfälle waren wenig zu verzeichnen. Im ganzen wird immer noch über die Hälfte der Behandelten berufsfähig, was weit über die Erfolge der früher üblichen Kuren mit Tuberkulin, Natr. nucl. u. a. hinausgeht. Die Remissionen übertreffen nach Intensität und Dauer weitaus die üblichen Spontanremissionen. Daß es sich nur um ausgewählte Fälle handelt, trifft nicht mehr soweit zu, wie in der ersten Zeit, weil jetzt vielfach schon etwas vorgeschrittene Fälle, von auswärts kommend, dringend um Behandlung bitten. — *Kirschbaum* hat nach Empfehlung von *Mühlens* defibriniertes, mit Dextroselösung versetztes Blut bei Körpertemperatur in der Thermosflasche aus 12—24 Stunden dauernden Transporten impffähig erhalten. Allerdings ist zu betonen, daß eine Abgabe von Impfblut an größere ärztliche Kreise schon aus sozialen Gründen unmöglich ist. — Ein völliges Verschwinden aller Symptome, der psychischen, somatischen und serologischen, kommt vor, doch nicht häufig. Von den somatischen können die verschiedensten verschwinden, verhältnismäßig



selten Pupillenstarre. Die Liquorbefunde bessern sich häufig. Ein gewisser Parallelismus mit der psychischen Besserung scheint vorzukommen, wenn auch nicht allgemein, doch etwas mehr, als *Gerstmann* auf Grund des Wiener Materials mitteilte. *Kafka* fand bei 27 von *Kaltenbach* öfter in monatlichen Zwischenräumen punktierten Impfparalysen 20mal eine deutliche Abschwächung der drei wichtigsten Reaktionen. Von 13 liquorgebesserten sind 10 berufsfähig geworden. Wir behandeln die Fälle vielfach noch weiter unter Kombination der Kur mit Salvarsan endolumbal und intravenös, Cutren, Bismogenol usw. Galoppierende Fälle sind schon dem Begriff nach ungünstig. Wenig Erfolg versprechen infantile und juvenile, bei denen gewöhnlich schon jahrelang Defekte bestehen. Im übrigen können die verschiedensten Formen gut reagieren, selbst Anfallparalysen, besonders gut anscheinend klassische, vor allem unruhige Paralysen. Unter den wieder berufsfähig gewordenen finden sich zahlreiche Kaufleute, auch solche, die anstrengende Geschäftsreisen im Ausland unter schwierigeren Kalkulationen ausführen, Ingenieure, Ärzte, Beamte, Hafenarbeiter usw. Gelegentlich tritt die Besserung ziemlich spät nach der Kur ein. Auch bei Lues cerebri und Tabes dorsalis kann die Kur Besserung bringen. Keinen Erfolg sahen wir bisher bei multipler Sklerose, obwohl es sich auch hier um eine Spirillose zu handeln scheint. Bei Dementia praecox, die ja vorwiegend mit Stoffwechselstörung einhergeht, waren befriedigende Erfolge nicht zu erzielen. Wenn ich bei Paralysefällen gefragt werde, ob ich die Kur auch empfehlen würde, falls es sich um einen nahen Verwandten oder um mich selbst handelt, kann ich nur mit einem zweifelfreien Ja antworten.

Diskussion. — *Nonne* hat in ca. 30 % Besserungen bis zur völligen Arbeitsfähigkeit gesehen; er behandelt mit Hg nach (Schmierkur). Bei alten und kachektischen Individuen kann der Exitus im Kollaps während eines Anfalls eintreten. — *Trömner* hat ebenfalls zum Teil gute, in einzelnen Fällen glänzende Erfolge gehabt. Daß große Vorsicht, sorgfältige Kontrolle usw. nötig ist, hat auch er erlebt. 2mal wurde durch die Impfung eine alte Tropica reaktiviert. Bei alter Malaria oder früherem Aufenthalt in Malariagegenden ist besondere Vorsicht nötig. — *Runge* behandelt seit einigen Jahren die Paralyse mit täglichen kleinen Salvarsangaben, steigt bis auf hohe Gesamtdosen und gibt in den ersten 2 Wochen täglich Milch intramuskulär, um möglichst hohes Fieber zu erzeugen. Das Salvarsan wird auf der Höhe des Fiebers verabfolgt. Gleichzeitig oder nach Abschluß der Milchinjektion Hg und Jod. Die Kur wird nach einigen Monaten, event. auch öfter wiederholt. Es sind zahlreiche recht gute Remissionen und stationäre Zustände erzielt worden. Einige Fälle erbeiten seit Jahren im Beruf. Die Liquor- und Blutreaktionen wurden stets in günstigem Sinne beeinflußt, in einigen Fällen wurden alle 4 Reaktionen negativ. *R.* fragt den Vortragenden, ob auch bei der Malariabehandlung die Beobachtung gemacht ist, daß offenbar bestimmte Paralysetypen, bes. Taboparalyse, leichter beeinflußbar sind als andere. — *Kafka* betont, daß auch bei früherer Behandlung Nuklein + Salvarsan die Ergebnisse nicht so günstig waren, speziell wurden nicht so weitgehende Besserungen erzielt im Liquor. Es muß also ein Plus in der Malariabehandlung sein, und sie ist, wenn auch nicht die Lösung des Problems, so doch die beste



der heutigen Methoden. — *Jakob* macht aufmerksam auf die *Sträußler*schen Untersuchungen, die bei malariagebesserten Paralysefällen einen ähnlichen Befund erheben konnten, wie er von *Alzheimer*, *Jakob* und *Spielmeyer* in Fällen stationärer Paralyse festgestellt worden war. *Jakob* konnte in jüngster Zeit zwei Fälle von Paralyse anatomisch untersuchen, die ihm von *Zieler*-Würzburg zugesandt worden waren mit der Bemerkung, daß in beiden Fällen die zunächst deutlich positiven Liquorreaktionen im Sinne der Paralyse ohne besondere Behandlung spontan in einem Falle negativ, im anderen Falle fast negativ wurden. Im ersten Falle bestand eine schwere, fieberhafte Tuberkulose. In beiden Fällen zeigte sich im Gehirn ein der stationären Paralyse verwandter Prozeß. — *Weygandt* (Schlußwort): Daß Taboparalysen besonders gute Erfolge bieten, ist nicht sicher zu sagen.

Pette: Ergebnisse bei der Verimpfung von Paralytikerhirn auf Kaninchen.

Nach Betonung der Wichtigkeit fortlaufender Liquorkontrolle beim Tier mittels der von *F. Plaut* angegebenen Spinalpunktion und nach Hinweis auf die sich nunmehr eröffnenden Gesichtspunkte für die tierexperimentelle Forschung auf dem Gebiete der Neurolues berichtet Vortr. über das Ergebnis seiner eigenen Versuche. Vortr. hat in mehreren Fällen von Paralyse postmortal Hirn auf Kaninchenhoden verimpft. Zweimal war die Impfung ergebnislos. Im zwei weiteren Fällen konnte 2 bzw. 3 Wochen nach der Impfung Globulinvermehrung und Lymphozytose im Liquor, einmal bis 140/3, über Wochen hin nachgewiesen werden. Nachdem diese Erscheinungen spontan abgeklungen waren, wurden die Tiere getötet. Es wurden jedoch in keinem Falle histologische Veränderungen am Nervensystem gefunden. In einem 5. Falle, wo geimpft wurde mit Hirn eines klinisch, serologisch und histologisch einwandfreien Falles von Paralyse mit positivem Spirochätenbefund, ergab die fortlaufende Liquorkontrolle bereits 10 Tage nach der Impfung eine Lymphozytose von 42/3 bei negativer Globulinreaktion, am 14. Tage Lymphozytose von 20/3, schwache Globulinreaktion (*Pandy*), am 27. Tage Lymphozytose von 33/3, stärkere Globulinreaktion bei negativer WaR im Blut und Liquor; am 35. Tage erfolgte der Exitus infolge einer bei der Spinalpunktion gesetzten Rückenmarksläsion. Hautveränderungen, speziell Primäraffekt, wurden weder in diesem noch in den anderen Fällen beobachtet. Die histologische Untersuchung des Z.N.S.s ergab: mäßige Infiltration der Meningen und der Gefäße, Endothellockerung und Endothelwucherung an den Kapillaren, diffus verstreut in der Hirnrinde miliare Knötchen, im wesentlichen bestehend aus gewucherter Glia und Lymphozyten, vereinzelt Plasmazellen. Der von *Plaut* und *Mulzer* vertretenen Auffassung, daß Lymphozytose und Globulinvermehrung bei luesinfizierten, sonst gesunden Kaninchen dann, wenn der Liquor vor der Impfung normal war, als der Ausdruck einer spezifischen Affektion des Z.N.S.s anzusehen ist, kann sich Vortr. auf Grund eigener Erfahrungen anschließen. Fand er doch im Liquor anders geimpfter Tiere (multiple Sklerose, Encephalitis-Folgezustände) niemals derartige Veränderungen. Aus den bisherigen Beobachtungen werden folgende Schlüsse gezogen: 1. es gelingt, nach intra-



testikulärer Verimpfung von Paralytikerhirn Liquorveränderungen zu erzeugen, Veränderungen, die mit einem großen Grad von Wahrscheinlichkeit der Ausdruck einer spezifischen Affektion des Z.N.S.s sind. Die Veränderungen können schon sehr bald nach der Infektion auftreten. 2. Die Erkrankung des Z.N.S.s kann erfolgen, ohne daß Erscheinungen seitens der Haut, speziell ein Primäraffekt, vorhanden gewesen zu sein brauchen. 3. Der Tierorganismus ist imstande, ohne medikamentöse Therapie sich der Infektion zu erwehren, auch da, wo bereits das Z.N.S. in Mitleidenschaft gezogen wurde. Es werden Vergleiche gezogen zwischen den Beobachtungen am Kaninchen und dem, was die Klinik der Tabes und der Paralyse lehrt. Als wichtigstes Moment wird hervorgehoben einmal die Übereinstimmung im Zurücktreten bzw. Fehlen der Hauterscheinungen, dies scheint eine Eigenart der zur Metalues führenden Infektion zu sein, und dann die Tatsache, daß der Organismus aus eigenen Kräften der Infektion Herr werden kann. Diese Erkenntnis einerseits und die von *Plaut* und *Mulzer* jüngst gemachte Beobachtung, daß eine Behandlung mit ungenügenden Salvarsandosen einen sonst für das Z.N.S. nicht oder nur wenig pathogenen Spirochätenstamm stark pathogen machen kann, andererseits fordert dazu auf, mehr als es bisher geschehen ist, die dem Körper innewohnende Selbstheilungstendenz in geeigneter Weise zu unterstützen, zum mindesten aber nicht durch unzweckmäßige oder direkt falsche Behandlung die Immunkräfte zu bannen. Zur Entscheidung der heute noch keineswegs spruchreifen Frage: Sind es verschiedene Spirochätenarten, die die Lues der verschiedenen Organe erzeugen? hält es Vortr. für erforderlich, Spirochätenstämme von den verschiedensten Formen menschlicher Lues in fortlaufender Tierpassage zu züchten. Es wäre immerhin denkbar, die vielleicht nur scheinbar verschiedenen und vielleicht erst im menschlichen Organismus verschieden gewordenen Stämme immunbiologisch wieder auf einen gleichen Nenner zu bringen.

Metz: Über eine morphologische und funktionelle Differenzierung des nervösen Stützgewebes.

Bei gemeinsam mit Dr. *Spatz*-München gemachten Untersuchungen ergab sich, daß das Eisen in der Hirnrinde bei Paralyse nicht nur im mesodermalen Gewebe (den Gefäßen und allenfalls Stäbchenzellen) gespeichert wird, sondern auch in Gliazellen, und zwar in solchen, die sich durch einen ovalen Kern und ihre Lagebeziehungen zu Gefäßen und Ganglienzellen auszeichnen. Durch Anwendung der Methode *del Rio-Hortegas* und ihre Verbindung mit der Turnbullblaumethode wurde festgestellt, daß ausschließlich die von ihm als drittes Element elektiv dargestellten Stützgewebszellen diese eisenspeichernden Zellen sind. Nachprüfung der Angaben *del Rio-Hortegas* ergaben, daß das dritte Element eine große Rolle bei pathologischen Vorgängen spielt, z. B. bei Paralyse, bei entzündlichen Prozessen, und daß von weiteren Untersuchungen mit seiner Methode neue Einblicke zu gewinnen sind. Es konnte z. B. nachgewiesen werden, daß das Gliastrauchwerk wesentlich von Zellen des dritten Elements gebildet wird.

Diskussion: *Creutzfeld* betont die Bedeutung der *del Rio-Hortega*schen Mikroglia als gewissermaßen die phagozytären Elemente des Ekto-



derms. Sie ist als echt gliös also ektodermal. — *Jakob* weist auf das Hervortreten von kleinen, ovalen Kernen in der Großhirnrinde mancher Fälle von Paralyse hin, die sicherlich keine Lymphozyten sind und auch nicht die gewöhnliche morphologische Erscheinung der Glia haben. Er möchte diese Kerne mit dem dritten Element identifizieren, dessen weitere Erforschung außerordentlich wichtig ist. — *Metz* (Schlußwort): *del Rio-Hortega* hat angegeben, daß das dritte Element allein die Gitterzellen des weißen Stützgewebes bei mobilem Abbau liefere; wir konnten zwar feststellen, daß es sich hieran beteilige, fanden aber auch andere Gliazellen in Umwandlung zu Gitterzellen. Die Angaben *del-Rio Hortegas* über die mesodermale Abstammung des dritten Elements sind nicht ganz einwandfrei, eine Nachprüfung seiner Untersuchung haben wir begonnen. Bei Blutungen ins nervöse Gewebe fanden wir in unmittelbarer Nähe des Herdes Eisen in allen Arten Gliazellen, in weiterer Entfernung nur im dritten Element. Bei der *Nißl*schen Methode kann man das dritte Element öfter deutlich erkennen, besonders gut z. B. im Gitterstrauchwerk.

2. Sitzung 10. Juni 1923, 9—1 Uhr.

Vorsitzender: *Delbrück*-Bremen. Schriftführer: *Kafka* und *Langelüddeke*.

Als Jahresbeitrag wird 1000 M. angenommen. — Als Sitz der nächstjährigen Tagung wird Lübeck vorgeschlagen und angenommen. Als Zeitpunkt wird der erste Sonntag nach Pfingsten vorgeschlagen, und zwar Sonnabend und Sonntag, was ebenfalls angenommen wird.

A. Jakob: Über zwei Fälle von *Simmonds*scher Krankheit (hypophysäre Kachexie) mit besonderer Berücksichtigung der Veränderungen im Zentralnervensystem.

Es wird über zwei Fälle dieser Krankheit berichtet, bei denen die charakteristischen Symptome (allgemeiner körperlicher Verfall mit senilen Zügen, Adynamie, Ergrauen und Ausfallen der Haare, besonders der Scham- und Achselhaare, Ausfallen der Zähne und Atrophie der Kiefer, kalte, schuppende, auffallend gelbblasse Haut) lange Jahre bestanden und sich bei der anatomischen Untersuchung eine fibröse Atrophie des Hypophysenvorderlappens bei relativ gut erhaltener Pars intermedia und reaktiver Gliawucherung in der Neurohypophyse fand. Unter Hervorhebung der regelmäßig bei diesem Krankheitsbilde sich entwickelnden Störungen (Apathie, Versagen der geistigen Regsamkeit und Spontaneität bis zu Somnolenz und deliriösen Verwirrtheitszuständen, Ohnmachts- und epileptiforme Anfälle, Schrift-, Sprach-, Gehstörungen, Romberg, selbst angedeutete Pyramidenbahnsymptome, schließlich schnell zu Tode führendes Koma) werden die mikroskopischen Befunde im Zentralnervensystem dieser Fälle besprochen. Der erste Fall scheidet aus, da hier eine frische tuberkulöse Meningoenzephalitis nachgewiesen werden konnte. Im zweiten Falle fanden sich diffuse über die ganzen grauen Gebiete des Zentralnervensystems in ziemlich gleichmäßiger Intensität verbreitete, an sich uncharakteristische, häufig mit Blähung der Zellkerne und Verwaschenheit der *Nißl*-Strukturen einhergehende Ganglienzellveränderungen, proto-



plasmatische Gliawucherungen zum Teil atypischer Art, Einlagerung korpuskulärer Niederschlagsbildungen in der Großhirnrinde und zirkumskripte Verödungsherde in Lam. III und V der Großhirnrinde und im lockeren Pyramidenbande der Ammonshornformation. Durch besondere Schwere der Veränderungen zeichnet sich nur das Dentatum und die untere Olive aus. Es fehlt jegliche Verfettung des Parenchyms im Zentralnervensystem, jede Fibrillenverdickung im Sinne der *Alzheimer*schen Fibrillenveränderungen, jede Drusenentwicklung in beiden Fällen. Die Veränderungen erinnern am meisten an jene vom Vortragenden bei der *Addison*schen Krankheit erhobenen Befunde. Zu betonen ist, daß die vorliegende Parenchymentartung des Zentralnervensystems durchaus nicht jenen Veränderungen entspricht, die wir als den typischen Befund im Zentralnervensystem beim normalen und pathologischen senilen Involutionsvorgang ansehen müssen. Den Theorien, welche zwischen bestimmten Hirnveränderungen nach tierexperimenteller Ausschaltung endokriner Drüsen und seniler Parenchymstörungen im menschlichen Gehirn gewisse Analogien aufzufinden glauben, erwächst in diesen Befunden keine Stütze, obwohl wir es hier im gewissen Sinne mit einem endokrin bedingten Senium praecox zu tun haben. Der allgemeine senile Aufbrauch und Involutionsvorgang im menschlichen Gehirn wird mit dem Schlagwort einer pluriglandulären Insuffizienz keineswegs erschöpfend erklärt.

Kirschbaum und *Rautenberg*: **Über eine eigenartige psychische Erkrankung im mittleren Alter, mit bemerkenswertem anatomischem Befund.**

45 j. Bureauangestellter aus sehr stark mit organischen Gehirnkrankheiten belasteter Familie erkrankt etwa ¾ J. vor seinem Tode an Gedächtnisschwäche, Schlaflosigkeit, Angstzuständen. Sehr rasche Verschlechterung im psychischen Befinden nach erstmaligem Krankenhausaufenthalt. Ist gezwungen, den Beruf aufzugeben, verkennt seine Umgebung, wird unreinlich, halluziniert. Erneute Aufnahme ins Krankenhaus, ¼ J. vor dem Tode. Körperlicher Befund: Vorzeitig gealtert, träge, unausgiebige Pupillenreaktion, fehlende Bauchdecken- und Cremasterreflexe, deutliche artikulatorische Sprachstörung, leichte Apraxie. Keine Pyramidenbahnsymptome. WaR. in Blut und Liquor negativ, keine Lymphozytose. Psychisch: Desorientiert, wiederholt sich oft, redet viel mit gleichen Worten, starke Merkfähigkeitstörung. Nächtliche Halluzinationen, läuft ängstlich aus dem Bett, findet nicht zurück. Im Laufe der nächsten Wochen dauernde Verschlechterung, läßt unter sich. Sprache wird ganz unverständlich, erinnert an Logoklonie. Zunächst mäßige Rigidität in allen Muskelgruppen, liegt in sich gekrümmt völlig teilnahmlos. Stirbt Ende August rasch an Pneumonie. **Klinische Diagnose** blieb unklar, manches sprach für *Alzheimer*sche Krankheit. Pathologisch-anatomisch: Bei der Gehirnsektion keine Arteriosklerose der Gehirnarterien, Pia leicht verdickt, Gehirnwindungen namentlich über dem Stirnhirn atrophisch. Rinde verschmälert, nirgends herdförmige Störungen. Mikroskopisch: Schwerste degenerative Parenchymerkrankung besonders im frontalen und zentralen Rindengebiet, aber auch in den übrigen Cortexpartien. Vorwiegendes Befallensein der untersten Rindenschichten



(Lam. IV—VII). Gehirnrinde stellenweise bis zur Unkenntlichkeit ihrer topischen Eigenart verändert. Streckenweise völliger Ausfall der *Betz*schen Pyramidenzellen, dafür deutliche IV. Pseudokörnerschicht. Neben überall verbreiteten subakuten und chronischen Ganglienzellerkrankungen sehr reichliche protoplasmatische und faserbildende Gliawucherungen; sehr starke Zellverfettungen. Das Grundgewebe zeigt besonders in Rinde und Hirnstamm sehr zahlreiche Lücken und diffuse Zellausfälle. Im Striatum, das sehr reichlich gewucherte Glia enthält, größere Nekroseherde, die von Gliawall umrahmt sind. Pallidum etwas leichter erkrankt. Substantia nigra zeigt vereinzelt Zellausfälle, in ihrer retikulären Schicht kleine, perivaskuläre Lymphozyteninfiltrate um sonst intakte kleine Arterien. Perivaskuläre Infiltrate ganz vereinzelt auch in den übrigen Gehirnteilen. Im Markscheidenbild der Rinde ganz diffuse Faserausfälle. Keine irgendwie systematische Bahnerkrankung. Anatomisch: Degenerative Gehirnerkrankung mit möglicherweise entzündlicher Komponente. Differentialdiagnostisch nicht genau abgrenzbar. Manche Anklänge an Folgezustände einer Encephalitis epidemica, von der dieser Fall durch das vorwiegende eigentümliche Befallensein der Rinde bei nur untergeordneter Erkrankung des Metenzephalon unterschieden ist. Möglicherweise gibt es Übergänge mit vorwiegender Rindenlokalisation, die sich symptomatologisch in besonderen klinischen Zustandsbildern manifestieren. Der Fall ist nahe verwandt mit einem kürzlich von *A. Jakob* beschriebenen.

Diskussion: *Wohlwill* hat den Fall zuerst klinisch beobachtet. Das Auffallendste am Verlauf war, daß der psychische Verfall innerhalb ganz kurzer Zeit eintrat, nachdem vorher nur das Bild einer neurasthenischen Gedächtnisstörung bestand. Bezüglich der Ätiologie ist es wohl richtiger, unsere Unkenntnis zuzugeben, solange wir nicht in der Lage sind, eine Encephalitis durch Nachweis des Erregers festzustellen. — *Jakob* hebt die Unklarheit der Ätiologie dieses Falles hervor, der in der Lokalisation und Art des histologischen Prozesses mit zwei andern untersuchten Fällen weitgehend übereinstimmt. — *Creutzfeldt* fragt, ob schichtweise Markschädigungen erkennbar sind, ob die beschriebenen kleinen Herde Beziehungen zur Gefäßverteilung zeigen, und warnt *Jakob* und *Wohlwill* vor einer zu großen Verallgemeinerung der Diagnose Encephalitis epidemica. — *Kirschbaum* (Schlußwort): Auch ich halte die Ätiologie dieses Falles noch für ungeklärt, wenn auch manches für meine oben genannte Ansicht spricht.

Rehm: Die Verwahrlosung der Großstadtjugend.

Vortr. bespricht an der Hand ausführlicher Tabellen das von ihm untersuchte und beobachtete Material, welches aus rund 300 Fällen besteht und durch das Heim für Jugendliche der Stadt Bremen gegangen ist. In diesem Heim wurden bis vor kurzem alle jugendlichen Verwahrlosten aufgenommen. Die Knaben kamen etwas früher zur Verwahrlosung als die Mädchen. Die hereditäre Belastung mit Geisteskrankheiten war etwas, die mit Trunksucht erheblich größer, als dem Gesamtdurchschnitt entspricht. In ungefähr der Hälfte der Fälle fand sich ungünstiges Milieu, bei den Mädchen häufiger als bei den Knaben, wahrscheinlich deswegen, weil das ungünstige Milieu die Knaben wegen ihrer mehr selbständigen



Entwicklung nicht so angreift. Im übrigen werden die Erfahrungen anderer Autoren bestätigt, daß Unstetigkeit und Neigung zu Eigentumsvergehen weitaus vorherrschend Eigenschaft der verwahrlosenden Knaben, sittliches und geschlechtliches Verkommen aber weitaus häufiger bei Mädchen vorkommt als bei Knaben. Angeborener Schwachsinn fand sich bei etwa einem Drittel der Jugendlichen, während psychopathische Eigenschaften in mehr oder weniger starkem Maße ungefähr bei allen anzutreffen waren, in stärkerem Grade bei etwa 50 %. — Die Stadt liefert an jugendlichen Verwahrlosten mehr Unstete und das Gros der jugendlich Prostituierten; es sind aber die Sittlichkeits-, Roheits- und Affektverbrecher geringer an Zahl als auf dem Lande. Eine große Rolle spielt in der Stadt die Bandenbildung, welche begünstigt wird durch die vielen Sportvereine, denen die Jugend jetzt angehört. — Ungünstiges Milieu ist in den meisten Fällen die auslösende Ursache der Verwahrlosung, wenn auch auf Grund einer durch Vererbung oder Geburt erworbenen fehlerhaften Anlage. Jeder Fall ihres sozial ungünstig sich auswertenden Milieus muß Gegenstand fürsorgerischer Maßnahmen sein. Fälle von Verwahrlosung müssen von der Schulzeit bis zur Mündigkeit und dann nach Entmündigung durch einen Berufsvormund betreut werden. Jeder Verwahrlosungsfall muß nicht nur fachärztlich untersucht, sondern soll auch fachärztlich beobachtet werden. Die Ausbildung der mit der amtlichen Fürsorge betrauten Personen muß eingehender gestaltet werden. Ein Arzt muß Mitglied des Jugendamtes sein. Bei der Unterbringung in Erziehungs- usw. Anstalten ist ärztliche Mitwirkung notwendig. Jugendliche Prostituierte dürfen nicht in Geschlechtskrankenstationen der öffentlichen Krankenanstalten behandelt werden.

Im Anschluß an den Vortrag lesen *Cimbal* und Genossen eine Resolution vor, über die im folgenden diskutiert wird. Nach Schluß der Diskussion wird sie in geänderter Fassung (s. S. 491) angenommen und soll in den wichtigsten Tagesblättern erscheinen.

Diskussion. — *Weygandt*: Wichtig ist Vergleichung mit früheren Zuständen, vor dem Kriege, während dessen und seither. Auch Kinder wohlhabender Familien entgleisen öfter schwer. Die gesamte Jugendbewegung hat einen desequilibrierten Zug. Bedenklich ist die weit ausgedehnte präkoze Erotisierung. Die Schule ist in Neuerungsbestrebungen nicht immer günstig hinsichtlich jener Bedenken. Die Resolution ist dringend zu empfehlen, insbesondere Hervorhebung der ärztlichen Mitarbeit. Man sollte einschalten: „Schaffung ärztlicher Beobachtungsgelegenheiten". — *Trömner*: Bei der allenthalben zutage tretenden Verwahrlosung unserer Jugend spielen die mannigfachen Nachteile der Wohnungsnot eine wesentliche Rolle. Die Schuld des Alkohols sehe ich ebensosehr in der Vergiftung des häuslichen Milieus und der Zersetzung des Familienlebens durch den Trinker, als in der keimschädigenden Rolle des Alkohols. Im Kampfe gegen die Verwahrlosung nützen die Behörden nicht allein, auch wenn Psychiater mitwirken, vor allem müssen Volksschule und Presse, besonders die Arbeiterpresse, in ausgiebiger und methodisch zu verabredender Weise mithelfen. — *Rautenberg*: Wege der Fürsorge- und Zwangserziehung müssen geändert, gebessert werden. Eine Zusammenarbeit der noch zu sehr getrennten Stellen (Entlassungsfürsorge der Gefängnisbehörde, Jugendfürsorge), ein Hand-in-Hand-Arbeiten der



Beratungsstellen ist notwendig. Vielleicht ist es doch zweckmäßig, das Jugendgefängnis der Jugendfürsorge zu unterstellen, damit der Gang der Fürsorgeerziehung einheitlich durchgeführt werden kann. Zu fordern ist der ärztliche Einfluß beim Jugendamt durch einen psychiatrischen Dezernenten. — *Runge*: Bisher sind alle Versuche, von den Behörden der Provinz Schleswig-Holstein und dem Jugendamt der Stadt Kiel die psychiatrische Untersuchung sämtlicher Fürsorgezöglinge und asozial werdenden Jugendlichen und Kinder zu erreichen, leider erfolglos geblieben. *R.* begrüßt daher die Resolution als dringend erforderlich. Notwendig ist aber, da die gesonderte Unterbringung und Erziehung der Psychopathen aus Mangel an entsprechenden Einrichtungen gar nicht möglich ist, folgender Zusatz zur Resolution: „Die Einrichtung eines Heilerziehungsheims für psychopathisch schwer erziehbare Kinder im Alter von 5—14 Jahren ist, um eine rechtzeitige erzieherische Wirkung zu ermöglichen, dringend erforderlich, ebenso die Errichtung von unter ärztlich psychiatrischer und pädagogischer Leitung stehenden Sonderabteilungen für erziehbare psychopathische Fürsorgezöglinge.“ — *Rittershaus*: Der Vorschlag *Draeseke* ist ein zweischneidiges Schwert, es steht zu befürchten, daß wir uns psychiatrisch-pädagogische Kurpfuscher großziehen, und daß eine psychiatrische Mitarbeit nur noch mehr erschwert wird. Die Resolution ist nur ein bescheidenes Kompromiß, das lange nicht das erstrebt, was anderswo, z. B. in Baden, schon längst erreicht ist. Dringend nötig ist nicht nur die Beobachtung, sondern auch die Erziehung, d. h. Weiterbehandlung der psychopathischen Fürsorgezöglinge unter psychiatrischer Leitung. Insbesondere die weiblichen Patienten dieser Art sind in der Irrenanstalt, auf den Abteilungen der alten Schizophrenen usw., wo sie keinen Resonanzboden finden, recht gut aufgehoben und gaben recht gute Resultate. Eine durchgreifende Besserung ist wohl erst nach einer Besserung der allgemeinen politischen Verhältnisse zu erwarten. — *Hinrichs*: In der Provinz Schleswig-Holstein sind freilich Beratungsstellen und Beobachtungsabteilungen eingerichtet. Im wesentlichen bestehen sie aber nur auf dem Papier, sie werden viel zu wenig benutzt, weil der psychiatrische Einfluß in der Behörde viel zu gering ist. Auch die Kontrolle der Erziehungsdurchführung muß unter fachärztlicher Mitwirkung geschehen. — *Zendig*: Übernahme einer Anzahl schwieriger Vormundschaften durch Fachärzte. — *Grimme* erwähnt die Beobachtungsmöglichkeiten der Fürsorgezöglinge in der Provinz Hannover. Männliche Fürsorgezöglinge werden in der Heil- und Erziehungsanstalt in Göttingen beobachtet, die weiblichen in den Heil- und Pflegeanstalten. Dies gibt zu großen Schwierigkeiten Veranlassung, da durch die unsozialen Elemente unter den Fürsorgezöglingen die Behandlung der sozialen Geisteskranken leidet, weil eine räumliche Trennung der beiden Arten von Kranken nicht soweit möglich ist, wie das im Interesse der sozialen Kranken unbedingt notwendig ist. Der soziale Abstieg unter den Anstaltskranken macht eine räumliche Trennung besonders erforderlich. — *Creutzfeldt* weist auf die Gefahr einer Statistik hin, die dem Wesen nach nicht auf Vergleichbarem fußt. Betont noch einmal die Bewertung der Anlage gegenüber dem Milieu. Aus der Statistik darf man vielleicht schließen, daß die mehr passiven Untugenden bei den Mädchen, die aktiven bei den Knaben



hervortreten. — *Rehm* (Schlußwort): Es muß ohne Engherzigkeit für die Unterbringung der psychopathischen Jugendlichen, auch eventuell in den öffentlichen Anstalten, gesorgt werden. Der Arzt muß überall in die Organisation hinein. Über die Frage, ob die Verwahrlosung nach dem Kriege zugenommen hat, was sehr wahrscheinlich und augenfällig ist, stehen mir Zahlen nicht zur Verfügung.

Resolution. — Der Verein norddeutscher Neurologen und Psychiater und die Gesellschaft der Neurologen und Psychiater Großhamburgs haben bei der gemeinschaftlichen Sitzung am 10. 6. 23 im Anschluß an einen Vortrag von Oberarzt *Rehm*-Bremen-Ellen folgende Resolution beschlossen: Wir richten an die Jugendfürsorgebehörden der 3 Hansestädte, der preuß. Provinzen Schleswig-Holstein und Hannover sowie von Mecklenburg die dringende Bitte, sowohl in der Auslese der Fürsorgezöglinge für die einzelnen Erziehungsformen als auch in die Jugendgerichtshilfe und in die Durchführung der Fürsorgeerziehung psychiatrisch geschulte Fachärzte einzuschalten, denen ein bestimmender Einfluß auf das Jugendfürsorgewesen zugebilligt wird. Im einzelnen halten wir folgende Forderungen für das Dringendste und mindestens Notwendige, was in anderen Provinzen und Staaten mehrfach schon weitgehend durchgeführt ist: 1. Zur Durchführung der psychiatrischen Mitarbeit ist die Errichtung von Beratungsämtern für Psychopathen und die Eingliederung eines psychiatrischen Facharztes als Mitglied des Jugendamtes notwendig. 2. Im Beginn der Fürsorgeerziehung und in geeigneten Jugendgerichtsfällen ist möglichst nach durchgeführter Beobachtung ein psychiatrisches Erziehungsgutachten einzuholen. 3. Die Durchführung der Fürsorgeerziehung ist durch einen Psychiater möglichst einmal jährlich zu kontrollieren. 4. Für psychopathische und schwer erziehbare Kinder im Alter von 5—14 Jahren sind Heilerziehungsheime einzurichten, um eine rechtzeitige und erfolgreiche erziehliche Einwirkung zu erreichen. Daneben sind Sonderabteilungen für schwer erziehbare und psychopathische Fürsorgezöglinge unter psychiatrischer und pädagogischer Leitung einzurichten. 5. Die Schulung beamteter Hilfskräfte des Jugendfürsorgewesens erfolgt zweckmäßig durch psychiatrische Fachärzte und durch praktische Tätigkeit an den psychiatrischen Erziehungsanstalten.

Als Thema für die nächste Jahresversammlung wird „die Verwahrlosung der Großstadtjugend" angenommen.

Wohlwill: Periarteriitis nodosa und Nervensystem.

W. weist darauf hin, daß das Krankheitsbild der Periarteriitis nodosa (P. n.) bei den Neurologen bisher nicht die Beachtung erfahren hat, die es verdient. Obwohl bei dieser Affektion das Nervensystem, insbesondere das peripherische, ziemlich regelmäßig miterkrankt, findet man sie doch in den Monographien über Polyneuritis nicht erwähnt. Vortr. demonstriert an Diapositiven den charakteristischen Befund an den kleinen Arterien, die entzündlichen Infiltrate in der Adventitia, die degenerativen Erscheinungen in der Media und die Wucherungsvorgänge in der Intima, sowie den Zerfall der elastischen Grenzhäute. Er geht auf die sich in der



Folge ausbildenden Thrombosen und Aneurysmen ein und zeigt, wie die verschiedenen Organe in ihrer Ernährung dadurch leiden, was zu einer großen Mannigfaltigkeit des klinischen Bildes Anlaß gibt. Sehr häufig stehen Erscheinungen von seiten der Skelettmuskulatur und der peripherischen Nerven im Vordergrunde des Symptomenbildes. Auch in den von dem Vortr. untersuchten beiden Fällen lautete die klinische Diagnose „Polyneuromyositis" bzw. „Polyneuritis". Bei der Sektion war im Gegensatz zu der großen Mehrzahl der P. n.-Fälle von den rosenkranzartigen Verdickungen der Arterien oder von Aneurysmabildung nichts zu sehen. Der Prozeß hatte — insbesondere im zweiten Fall — ausschließlich die allerkleinsten Arterien betroffen, so daß die Diagnose erst mikroskopisch gestellt werden konnte. Vortr. demonstriert die Veränderungen an der Muskulatur, die denjenigen einer nichteitrigen Myositis entsprechen, sowie die Affektion der peripherischen Nerven, die sich als „degenerative Neuritis" präsentiert. Dabei besteht eine weitgehende Unabhängigkeit dieser Parenchymerkrankungen von dem arteriitischen Prozeß; insbesondere war in einem schon früher untersuchten Falle der Zerfallsprozeß an den peripherischen Nerven ohne jede Arterienveränderung nachweisbar. Ebenso wie diese beiden Organaffektionen sind auch die oft zu beobachtende Nephritis und die charakteristische Anämie als der Arterienentzündung koordiniert, durch dieselbe Noxe bedingt, aufzufassen. Dadurch kommt, bei aller Mannigfaltigkeit der Symptomatologie im einzelnen, doch im ganzen ein recht charakteristisches Krankheitsbild zustande, das zur Annahme einer einheitlichen Ätiologie geradezu herausfordert. Vortr. hält daher die in letzter Zeit vielfach verfochtene Annahme, daß die verschiedensten Infektionskrankheiten, unter ihnen auch die Syphilis, die P. n. im Gefolge haben können, für wenig plausibel. Er geht insbesondere auf die Unterschiede gegenüber der syphilitischen Arterienerkrankung ein, unter denen ihm am wichtigsten die Tatsache erscheint, daß die Syphilis nie, wie die P. n., in Form einer Systemerkrankung kleiner Arterien auftritt, und daß die von ihr mit Vorliebe befallenen Arterien teils, wie die Aorta, von der P. n. völlig verschont werden, teils, wie die Gehirnarterien, nur äußerst selten ergriffen werden. Die Miterkrankung des Gehirns wurde bisher erst in drei Fällen in einwandfreier Weise beobachtet. *Wohlwills* zweiter Fall würde dann sich als vierter hinzugesellen. Klinisch hatte sich die zerebrale Erkrankung nur in Krampfanfällen geäußert. Bei der Sektion fanden sich multiple enzephalomalazische Herde, die, wie die mikroskopische Untersuchung erwartunggemäß ergab, auf der spezifischen Arterienerkrankung beruhten. Sehr eigenartig war der auf die Bezirke der Erweichungsvorgänge beschränkte Befund von Gitterzellen innerhalb der Intimaneubildung. Hier müssen sich gewucherte Intimazellen in Abbauzellen umgewandelt haben.

Diskussion. — *Pette* hatte Gelegenheit, einen der vom Vortr. besprochenen Fälle wiederholt klinisch zu untersuchen. Das Bild war durchaus das einer schweren Polyneuritis: Fehlen einzelner Sehnenreflexe, Muskelatrophien teilweise mit EaR, trophische Störungen der Haut. Auffallend nur war, und das war das einzige, was Zweifel an der Diagnose einer einfachen Neuritis erweckte, die Tatsache, daß Pat. immer stärker marantisch wurde und subfebrile Temperaturen bekam, für die sich sonst

keine Ursache fand. Er schließt sich der Auffassung des Vortr. an, daß Nervenprozeß und Arterienprozeß koordiniert sein müssen. — *Jakob* fragt nach dem Spirochätenbefund bei diesen recht an Lues erinnernden Veränderungen und hält es für wahrscheinlich, daß die Körnchenzellen bei der Intimaproliferation durch Zerfall an Ort und Stelle entstehen. — *Wohlwill* (Schlußwort): Im einzelnen können bei diesen Fällen die Arterienveränderungen sehr wohl denjenigen bei Syphilis und Tuberkulose ähneln. Dagegen ist die Periarteriitis nodosa eine Systemerkrankung der kleinen Arterien, was bei Syphilis und Tuberkulose nicht der Fall ist. Spirochäten waren in beiden Fällen nicht nachweisbar. Auch sonst spricht nichts für Lues (negative Anamnese, negative 4 Reaktionen, negative Sektionsbefunde). Die Bildung von Gitterzellen in der Intimawucherung war ausschließlich in Hirnarterien in der Nähe der enzephalomalazischen Herde zu finden. Die in ihnen abgelagerten Stoffe müssen also doch wohl der Hirnsubstanz entstammen.

Cimbal: „Tonus oder Stoffwechsel". Über Untersuchungsmethoden und Heilwege der Erschöpfungszustände des vegetativen Nervensystems.

Die Grundgedanken des zeitlich stark zusammengedrängten Referats sind folgende:

I. Die Erschöpfung des vegetativen Systems unterscheidet sich nicht in vagotonische und sympathikotonische Formen, sondern bietet das scharf umrissene Krankheitsbild einer Paratonie des sympathischen Systems, bei welcher in jedem Einzelfall Reiz- und Ermüdungszustände einzelner Abstände zu erkennen sind. Diese Paratonie wird nicht durch fehlerhafte Drüsensäfte hervorgerufen, sondern folgt den Aufbrauchs- und Wiederherstellungsgesetzen der *Edinger*schen Aufbrauchslehre des Nervensystems. Die Drüsensäfte wirken nur als kompensatorische Reizgifte. Die Überempfindlichkeit des vegetativen Systems für einzelne Reizgifte ist Indikator, nicht Ursache der Tonusstörung.

II. Der Vagus ist als efferenter, vielleicht auch zum Teil als afferenter Verbindungsnerv zwischen Hirn und Sympathikuszentren eingeschaltet. Seine Erkrankungen folgen nicht den Krankheitsgesetzen des sympathischen Systems, sondern denen der Hirnnerven. Die Entzündung dieser Gehirnnerven (Alkohol, Nikotin, Lues, Grippe) können klinisch von den Überreizungen (Affektspannung, Triebmißbrauch, Organschmerzen) scharf getrennt werden. Zum Nachweis der Reizkrankheiten des Vagus sind *Erben-Aschner*, *Czermack* und *Hering-Kratzschmer*scher Versuch weniger zweckdienlich als der *Romberg*sche Versuch, die galvanische Reizung oder der Druck auf den jeweils stärksten Schwerpunkt.

III. Das Krankheitsbild der Paratonie des Sympathikus trennt *Cimbal* in 5 Hauptgebiete, die voneinander ziemlich unabhängig sind: a) Untertemperatur der Haut, kalte Schweiße, blaurote oder blaugraue Hände und Füße, blaugraue Gefäßreaktionen, Neigung zum Frieren und zu Erkältungen (Arthritismus, Erschöpfung). b) Tonusschwäche der willkürlichen Muskulatur mit Überermüdbarkeit und Steigerung der Muskelreflexe. Tonusschwäche der unwillkürlichen Muskulatur mit anfallweisen Durchfällen und Anfallserbrechen, Herabhängen der Hoden, der



Bauchdecken und der Gesäßmuskeln, Absacken der Fettwülste nach unten. Meist konstitutionell. c) Blasen- und Nierenstörungen mit anfallweisen massenhaften Urinausscheidungen und Phosphaturie. In der Entwicklungshemmung und in tiefer Erschöpfung mit Blasenschwäche oder Bettnässen. (Konstitutionell.) d) Übermüdung und Erschöpfbarkeit des Geschlechtsapparates mit Störung des Automatismus und mehrtägigen Schlaffheitszuständen nach dem Akt. (Entwicklungshemmung, Triebmißbrauch.) e) Sekretreizungen des Plexus chorioideus mit Kopfschmerz nach Erregung und Ermüdung. Depression und Hemmung. (Affektreize, Erschöpfung.) — Nach den Symptomen richtet sich die Untersuchungstechnik des Krankheitsbildes. Koffein, Kokain, Atropin, Pilokarpin und Adrenalin wirken nicht elektiv, sondern je nach dem zufällig reizbereiten Abschnitt als eigenartige, aber verschiedene Reizgifte.

IV. Auch die Heilung der Paratonie folgt den Gesetzen der Aufbrauchskrankheiten; Regelung der Automatismen, Massagen und Hautreize als Tonika, Soolbäder, vor allem der beherrschte Aufbau der Persönlichkeit, um regellose Affektreize zu verhindern. Organpräparate versagten infolge überstarker Reiz- und ungenügender Tonisierungswirkung. Enthaltsamkeit von Orgasmen und Reizgiften wirkte günstiger als Organdarreichungen.

Diskussion. — *Kafka* fragt, warum in den betreffenden Fällen immer sekretorische Störungen ausgeschlossen sind. Er meint, daß die pharmakologische Prüfung des vegetativen Nervensystems doch Typen unterscheiden läßt, wenn man nur genau genug die klinischen und medizinisch-diagnostischen Methoden durcharbeitet. Er ist nicht der Meinung, daß durch Erziehung zur Abstinenz die innersekretorische Fähigkeit gehoben werden kann. Die Einwirkung des Pilokarpin auf die Liquorsekretion bestätigt *Kafka*, er hat aber keine Besonderheiten bei speziellen Konstitutionen und Typen gefunden. — *Jakob* betont im Gegensatz zu *Cimbal* die Wichtigkeit der intakten sexualen Funktionen für die körperliche und psychische Entwicklung und Gesundheit der Menschen und ist bestrebt, bei nervösen Schwächezuständen, die diese Funktionen auch in Mitleidenschaft ziehen, die Grundlage der Krankheit zu beseitigen. — *Runge* hält es für nicht erwiesen, daß die vom Vortr. geschilderten Zustände auf den Sympathikus zurückzuführen sind. Die *Eppinger-Heß*sche Lehre von dem reinen Antagonismus bzw. Sympathikus und Vagus wird allgemein nicht mehr anerkannt. Was versteht Vortr. unter Sympathikus- und Vagusrausch? — *Buchholz*: In vielen derartigen Fällen wird eine Abstinenz zu empfehlen sein. Die Fragen, die durch die Lehren *Steinachs* angeregt sind, dürften aber hier kaum heranzuziehen sein. Wenn wirklich die Pubertätsdrüse im Sinne *Steinachs* von Einfluß ist, so würde eine Empfehlung der Abstinenz keinen Zweck haben, da ja die Sekretion beider Stoffe fortgeht. Leider nützt die Empfehlung oft nichts, da die Libido siegt und bei Einhaltung der Abstinenz der Körper sich dieser Stoffe entledigt. — *Rittershaus* schlägt vor, das Thema ebenfalls als Referat auf die Tagesordnung der nächsten Tagung zu setzen, um Mißverständnisse zu vermeiden und eine eingehende Diskussion zu ermöglichen.

Matzdorff: Über einen bemerkenswerten Fall von diffuser Glioblastose mit Zwangsweinen.



Ein 62 j. Mann erkrankt an einer linksseitigen spastischen Hemiparese, zu der 2 Monate später leichte bulbärparalytische Symptome und häufiges ungenügend motiviertes Weinen treten. Im Anschluß an einen Schwächeanfall tritt eine schnelle Verschlechterung des Zustandes ein, vor allem exzessive Anfälle von Zwangsweinen, bei denen ebenso wie bei der Willkürbewegung die l. Gesichtshälfte schlechter innerviert wird als die r. Tod ½ J. nach Erkrankung an Schluckpneumonie. Klinische Diagnose: Enzephalomalazie. — Bei der Obduktion finden sich ausgedehnte erweichte Herde in der Hirnsubstanz. Bei *Weigert*-Färbung zeigen sich Markscheidenausfälle, die fast durchgehend die Rinde und die U-Fasern verschonen. Die Herde sind lokalisiert im r. Centrum semiovale, übergreifend auf den Balken, die innere Kapsel, das rechte Strio-Pallidum und den Thalamus, außerdem im l. Centrum semiovale in geringerer Ausdehnung, in den Ponspyramiden bis zu der Pyramidenkreuzung herunterreichend. Im *Nißl*-Bilde sind die Herde von mehr oder weniger dichten Glioblastomzellen ausgefüllt, die ohne scharfe Grenze in die Hirnsubstanz übergehen. Das klinische Bild ist durch den anatomischen Befund völlig erklärt. Die linkseitige Hemisphäre wird auf den rechtseitigen Kapselherd bezogen, die Starre der l. Gesichtshälfte bei den Affektbewegungen auf Zerstörungen im Thalamus und Strio-Pallidum. Zur Erklärung des Zwangsweinens, für das wahrscheinlich eine Dissoziation zwischen der Innervation der Willkür- und Ausdrucksbewegung verantwortlich zu machen ist, kann der vorliegende Fall wegen der zahlreichen Herde nicht verwertet werden.

Diskussion. — *Trömner* bedauert, daß der Befund des anatomisch sehr interessanten Falles bei seiner Mannigfaltigkeit keine Schlüsse gestattet auf die anatomische Grundlage paramimischer Reaktionen.

Josephy demonstriert Photogramme von schichtförmigen Zellausfällen in der Hirnrinde bei verschiedenen Erkrankungen (Chorea, Paralyse, Dementia praecox und diagnostisch zweifelhaften Psychosen). Die Bedeutung dieser Ausfälle, mit denen sich *C.* und *O. Vogt* in letzter Zeit eingehend beschäftigt haben, erscheint nicht ganz geklärt. Entsprechend den neurologischen Erfahrungen müßte man annehmen, daß sie für die Symptomatik der Psychose von Bedeutung sind, nicht aber für ihre Klassifizierung und ihren Verlauf. Hierfür kann nur die Art des Prozesses, nicht seine Lokalisation in Frage kommen. Es ist aber zu bedenken, daß Erblichkeit und Konstitution bei den Psychosen von so erheblicher Bedeutung zu sein scheinen, daß diese Faktoren für die Symptomatik der Psychose vielleicht von nicht geringerer Bedeutung sind als die Lokalisation des Hirnprozesses. Klarheit darüber können erst weitere sehr eingehende Untersuchungen schaffen. — Auch die histopathologische Genese der schichtförmigen Rindenausfälle scheint noch nicht restlos erklärt.

Rittershaus: Imbezille (Wa: Blut und Liquor negativ) erkrankte akut mit Halluzinationen, Angst, Erregung, Verwirrtheit, tetanieartigen Symptomen und dann schwerer (sicherlich nicht hysterischer) Chorea von wochenlanger Dauer; fast vollkommene Amnesie, apathisches Nachstadium. Erste Diagnose: Encephalitis choreiformis. Wahrscheinlicher ist jedoch, wie nachträglich festgestellt wurde, eine akute Kokain-

vergiftung, erstmaliges, aber ausgiebiges Einschnupfen am Tage der Erkrankung, zahlreiche „winzig kleine" Halluzinationen (die einzigen Erinnerungsreste). Vater der Pat. hatte als Kind Chorea minor. Angeborene familiäre Schwäche des striären Systems? Ausführliche Veröffentlichung a. a. O.

Diskussion. — *Creutzfeld*: Bei Ahnenverlust nicht, wie Vortr. meinte, eine Zunahme der *Huntington*schen Fälle in den früheren Generationen, sondern eine Abnahme. Es genügt gerade ein Huntington-Ahne für viele Huntington-Nachkommen.

Kalmus: Zwillinge als Belastungszeichen.

Kalmus, der 1904 zuerst auf die Häufigkeit von Mehrlingen in psychopathischen Familien aufmerksam machte, hat unter 2839 Nervenkranken seiner Sprechstunde 292 Fälle = 10,3 %, bei denen Zwillinge, und 10 Fälle, bei denen Drillinge im Verwandtenkreis festzustellen waren. 295 Paare fanden sich bei den nächsten Angehörigen; davon entfielen 60 % auf die Geschwister der Kranken, 17 % auf die Kinder, 9 % auf die Eltern und 14 % betrafen die Kranken selbst. Auf je 90 Nervenkranke kam ein Kranker, der selbst Zwilling war, ein Prozentsatz, der zwar der Statistik der lebend Geborenen entspricht, aber dennoch als hoch zu betrachten ist, weil fast die Hälfte aller Zwillinge in frühester Jugend stirbt. Die Belastungsziffer in den Zwillingsfamilien betrug 55 %. In der Mehrzahl der Fälle lag die Belastung in dem Aszendentenstamme, der Zwillinge aufwies. Unter den Kranken mit Zwillingsverwandten waren 50 % Psychopathen, 7 % Psychosen, 6,2 % Epileptiker, 3,3 % Schwachsinnige und nur 1,7 % Tabiker als vorwiegend Träger endogener Erkrankungen. Die Berechnung ergab ferner, daß in der Gesamtheit aller vermerkten Zwillinge (einschl. der bei entfernten Verwandten) 25 % eineiige enthalten waren, was ungefähr der Norm entspricht. Im engeren Familienkreis der Kranken waren dagegen 29 %, unter den Kranken, die selbst Zwillinge waren, 33 % eineiiger Herkunft. Unter den 36 Kranken, die Zwillinge waren, fanden sich 12, bei denen auch der andere Zwilling nervös oder psychisch krank war. Von diesen 72 Individuen, unter denen 23 nicht erfaßbar waren, litten 5 an Epilepsie und 7 an Schwachsinn. 75 % waren belastet, 14 % durch Trunksucht des Vaters. — *Kalmus* zog aus seinen Beobachtungen den Schluß, daß die eineiige Mehrlingsgeburt als degeneratives Symptom anzusehen sei, teils endogen, teils durch Keimschädigung veranlaßt. Eineiige Zwillinge scheinen nur in belasteten Familien vorzukommen und sind selbst in hohem Maße psychisch geschädigt.

Diskussion. — *Josephy*: Eine manisch-depressive Kranke hat 2 Zwillingspärchen in Schwestern, die Mutter der Kranken stammt ebenfalls aus einer Zwillingsfamilie. Mutter und Tochter sind gesund. Aber der Vater der Kranken endete in einem ziemlich grundlosen Suizid, und so liegt der Verdacht nahe, daß die psychische Erkrankung aus hereditärer Belastung von Vaterseite stammt. — *Wohlwill*: Bei den epileptischen und schwachsinnigen Zwillingen ist zu berücksichtigen, daß Zwillinge meist Frühgeburten sind und solche infolge der schweren Geburtsschädigungen und anderer Momente sehr zu Epilepsie und Schwachsinn disponiert sind.



Kleinere Mitteilungen.

Deutscher Verein für Psychiatrie. — Die Mitglieder werden gebeten, den für 1923 festgesetzten Beitrag von 25 M. umgehend an die Sparkasse der Stadt Treptow a. Rega, Postscheckkonto Stettin 7494, mit dem Vermerk: für den Deutschen Verein für Psychiatrie, zu überweisen. Eine Einzelaufforderung zur Zahlung unter Beigabe einer Zahlkarte kann aus Gründen der Ersparnis nicht erfolgen.

Kassenabschluß für das Rechnungsjahr 1922 (vom 1. 4. 22 bis 31. 3. 23):

I. Bankguthaben am 1. 4. 22 (siehe Allg. Zeitschrift für Psychiatrie 78, S. 284) = M. 6301,80 + bar M. 31,90 = M. 6333,70

A. Einnahmen:

a) Mitgliederbeiträge:

3 nachträglich für 1920	M. 30,—			
19 „ „ 1921	„ 190,—			
515 zu 10 M., 2 zu 20 M. „ 1922	„ 5190,—			
3 zu 10 M. „ 1923 =	30 M.			
5 zu 25 M. „ 1923 =	125 „			
1	30 „			
1	48 „	M. 233,—	M.	5643,—

b) Geschenke: von Herrn Prof. *Wagner-Jauregg*, Wien „ 479,—

c) Zinsen: von Wertpapieren .... „ 450,—

„ Bankgeldern usw. .... „ 249,93

Zusammen Bestand und Einnahmen ... M. 13155,63

B. Ausgaben:

Depotprovision an Mendelssohn & Co. ...	M. 62,61		
Reisekosten Prof. *Liepmann*, Hamburg.	„ 1501,—		
Frachtkosten f. d. Archiv Kiste, Schlachtensee—Treptow a. R.	„ 218,55		
Porto und Spesen usw. Klinik, Leipzig ...	„ 87,10		
Portoauslagen Prof. *Boedeker*, Zehlendoıf.	„ 145,—		
Mendelssohn & Co., Berlin, Sendungsspesen für Wertpapiere usw.	„ 173,—		
Depotgebühren für 20. 12. 22 bis 31. 12. 23 Sparkasse Treptow a. R.	„ 32,50	M.	2219,76

Bleibt Bestand: Sparkassenguthaben	M. 10192,50		
Girokonto	„ 739,02		
in bar	„ 4,35	zus. M.	10935,87



II. Bestand an Wertpapieren am 1. 4. 22 (Nom.-Wert) ....M. 13000,—
Bestand an Wertpapieren am 1. 4. 23 (Nom.-Wert) .... „ 13000,—
Treptow a. Rega, den 1. April 1923.

Der Schatzmeister: Dr. *Mercklin*.

Der Heinrich Laehr-Stiftung (vgl. Bd. 78, S. 432) fielen im abgelaufenem Geschäftsjahre (1. 7. 22—1. 7. 23) bei Auflösung der Prov.-Heilanstalt Schweizerhof 800 000 M. zu (s. Bd. 79, S. 349), deren Zinsen freilich noch auf Jahre hinaus für die Zwecke der Stiftung nur zum kleinsten Teile verfügbar sind. Aber die Stiftung ist hierdurch doch ihrer drückenden Kriegsschuld entledigt, damit in ihrem Bestehen gesichert und wird vom nächsten Jahre ab wieder in der Lage sein, psychiatrische Bestrebungen zu fördern, wenn auch gemäß dem Tiefstand der Mark in sehr viel geringerem Maße als früher. Das Stiftungsvermögen umfaßt (1. 7. 1923):

5 000	M.	3% preuß. Konsols (eingetr. im Preuß. Staatsschuldbuch),
100 000	„	3½% „ „ „ „ „ „
37 000	„	4% „ „ „ „ „ „
309 000	„	5% Kriegsanleihe („ „ Reichsschuldbuch),
200 000	„	6% oberschwäbische Elektrizitätsanleihe,
100 000	„	kurzfristige Reichsschatzanweisungen,
200 000	„	Einlage bei der Kreissparkasse Wernigerode,
12 378	„	Guthaben bei der Braunschweigischen Bank in Wernigerode.

Der Preußische Minister
für Volkswohlfahrt.
I M II 1650

Berlin W. 66, den 30. Juni 1923.
Leipziger Straße 3.

Bei der Beratung über die Psychopathenfrage im Reichsgesundheitsamt wie auch auf einer Tagung des Deutschen Vereins zur Fürsorge für Jugendliche Psychopathen wurde von anwesenden Psychiatern die Auffassung vertreten, als ob durch meinen Erlaß vom 2. September 1920 — M II. 1704 — die Fachärzte von der Psychopathenfürsorge ausgeschaltet werden sollten. Hierbei stellte es sich heraus, daß der Inhalt des erwähnten Erlasses nicht genau bekannt war.

Im Interesse einer Aufklärung der Fachärzte über die beabsichtigten Maßnahmen in der Psychopathenfürsorge stelle ich daher ergebenst anheim, den Mitgliedern des dortigen Vereins unter Hinweis auf eine irrige Auffassung von dem Inhalte der in je einem Abdrucke beiliegenden Erlasse vom 2. September 1920 — M II 1704 — und 8. November 1921 — I M II 3388, III F 1567 — in geeigneter Weise Kenntnis zu geben. Ich mache besonders darauf aufmerksam, daß in dem letzteren Erlasse in den Ziffern 1 und 2 und in dem Schlußabsatze gerade die Notwendigkeit und Nützlichkeit der Mitarbeit der Psychiater (Fachärzte) hervorgehoben wird.

Im Auftrage: Gottstein.

An
den Deutschen Verein für Psychiatrie.



Hierzu zwei Erlasse des Ministeriums für Volkswohlfahrt.

1. Erlaß vom 2. 9. 1920 (M. II. 1704) [1]).

Die außerordentliche Häufung seelischer Erkrankungen macht eine umfassendere Fürsorge für die an ihnen leidenden Kranken erforderlich.

Die schweren Erlebnisse während der Kriegszeit und die chronische Unterernährung führten häufig gerade bei geistig hochentwickelten, weil besonders empfindlichen Individuen zu Störungen des seelischen Gleichgewichtes.

So konnte unter den während der Kriegszeit gegebenen ungewöhnlich straffen Beschränkungen der persönlichen Freiheit und der dann nach der Revolution eintretenden Lockerung sozialer Empfindungen und Bande ein Zwiespalt bei krankhaft veranlagten Menschen entstehen, indem sich die während langer Jahre gehemmte Initiative unter ihrem mächtigsten Impuls, der Unzufriedenheit, zum Schaden der Allgemeinheit freimachte.

Die starke Affekterregbarkeit und die Überzeugung der Psychopathen von der Wahrhaftigkeit ihrer Auffassung, die selbst dann noch vorhanden ist, wenn der geistig Gesunde starke Übertreibungen und Entstellungen eines Tatbestandes feststellt, verschafften diesen Kranken einen überragenden Einfluß auf die Masse des Volkes, einen Einfluß, der um so bedrohlicher ist, als die außerordentlich klägliche wirtschaftliche Lage und die politische Zerfahrenheit weiter Kreise die allgemeine Unzufriedenheit erhöhte und so für suggestive Beeinflussung eine ungewöhnliche Empfänglichkeit schuf. Es ist eine, wie bei früheren Volksbewegungen. so auch jetzt wieder festgestellte Beobachtung, daß gerade die jugendlichen Psychopathen im Vordergrunde politisch extremer Richtungen stehen. Die Gefahr, die darin für das ganze Volk liegt, ist bisher nicht überall genügend gewürdigt worden.

Es führt häufig zu Mißerfolgen, wenn der Versuch gemacht wird, psychopathisch Kranke zwangsweise der ärztlichen Behandlung zuzuführen. Gerade diese Kranken haben keine Krankheitseinsicht. Sie fühlen sich wohl nervös, suchen aber weder selbst noch auf Veranlassung ihrer Angehörigen den Irrenarzt auf, solange sie die Befürchtung haben, daß man sie für geistig krank halten könnte. Diese Befürchtung aber besteht fast immer, oder sie wird erzeugt durch die dauernden Konflikte, die derartige Kranke mit sozial vollwertigen Individuen haben. Hier hört der Kranke immer wieder, daß er verrückt sei, während er sich selbst nur für nervös hält.

Dieser Umstand nun bietet eine Möglichkeit der Behandlung und Fürsorge. Der Kranke ist unzufrieden und daher hilfsbedürftig. Er würde eine Beratungsstelle für „Nervöse oder seelisch Kranke“ aufsuchen, sofern er nicht in oder hinter ihr die Irrenanstalt wittert. Auch aus diesem Grunde erscheint die Errichtung von Beratungs- und Fürsorgestellen, die räumlich von Irrenanstalten streng zu trennen sind, zweckmäßig, außer denjenigen schon vor dem Kriege vielfach erörterten Gründen für die Schaffung derartiger Fürsorgestellen im Interesse der nicht anstaltsbedürftigen Geisteskranken, die schon zu beachtenswerten Versuchen auf diesem Gebiete geführt haben.

---

[1]) Bereits veröffentlicht und mit Bemerkungen versehen D. m. W. 1921, S. 132.



Ich bitte daher um Äußerung darüber, ob und eventuell, wie sich Fürsorgestellen für „Nervöse und seelisch Kranke" im Anschluß an die Kreiswohlfahrtsämter einrichten ließen. Es müßte, wenn möglich, eine Zusammenarbeit von bereits tätigen Fürsorgebeamten, Lehrern und Ärzten, vor allen Dingen der Hilfsschule, sowie sonstigen sachverständigen Personen erzielt werden. Ich bitte ferner, zu erwägen, ob diese Fürsorge- und Beratungsstellen ausgedehnt werden könnten auf schwer erziehbare Kinder. Dies würde vorbeugend wirken können, das Fortschreiten von psychopathischen Zuständen verhindern und wichtiges Material für Familienforschung, Vererbungslehre, Eugenie und Rassenhygiene ergeben können.

Nach Anhörung der Kreis- und Schulärzte und sonst etwa vorhandener Sachverständiger oder interessierter Kreise bitte ich, innerhalb 8 Wochen zu berichten, ob und wie die Schaffung von Fürsorge- und Beratungsstellen am besten durchgeführt werden kann. Daß psychopathisch Kranke der Behandlung und Heilung zugänglich sind, wenn sie sachgemäß durchgeführt wird, lehren nicht nur die seit langem mit gutem Erfolge tätigen privaten Heime für Psychopathen, wie sie von bemittelten Eltern für ihre entarteten oder psychopathisch veranlagten Kinder in Anspruch genommen und besucht wurden; es bestätigen dies auch die guten Erfahrungen der „Jugendhilfe", des ersten Instituts, das von einem Provinzialverein für unbemittelte psychopathische Kinder in Halle a. S. geschaffen wurde, und das schon jetzt einen großen Zuspruch und günstige Resultate zu verzeichnen hat.

Im Auftrage: Gottstein.

An sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

2. Erlaß vom 8. 11. 1921 (I M II 3388/III F 1567).

Die auf Grund des Erlasses vom 2. September 1920 — M II 1704 — erstatteten Berichte sind hier zum Gegenstand einer Sachverständigenberatung gemacht worden, um eine einheitliche Organisation der Fürsorge für entlassene sowie für noch nicht anstaltspflegebedürftige Geisteskranke und für die nach dem Kriege stark angewachsene Zahl von seelisch abnormen Psycho- und Neuropathen zu schaffen. Das Ergebnis dieser Besprechung, das sich in fast allen wesentlichen Punkten mit dem Ergebnis der Rundfrage vom 2. September 1920 deckt, kann folgendermaßen zusammengefaßt werden:

Die Psychopathenfürsorge muß gegliedert werden in gesonderte Maßnahmen für Großstädte einerseits und für kleinere Städte und Land andererseits. Ferner ist die Behandlung von jugendlichen Psychopathen von der der Erwachsenen zu trennen.

In Großstädten besteht die Notwendigkeit der täglichen Anwesenheit eines Facharztes in der Fürsorgestelle. Die mit der Psychopathenfürsorge betrauten Laien müssen von Fachärzten in Kursen weitergebildet werden.

Für kleinere Städte und Land empfiehlt sich die Einrichtung besonderer Fürsorgestellen für Psychopathen nicht, da eine Abtrennung der Fälle von Psychopathie aus der allgemeinen Fürsorge praktisch nur Mißerfolge zeitigen würde.



Die für klinische Therapie geeigneten Psychopathen sind Beobachtungsstationen zu überweisen, die am besten in einem gesonderten Haus oder in einer Abteilung der Fürsorgeerziehungsanstalten eingerichtet werden. Diese Anstalten sind im allgemeinen geeigneter als die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten, weil außer der selbstverständlich zu gewährenden fachärztlichen Behandlung Erzieher zur Verfügung stehen, denen der unbedingt erforderliche Schulunterricht der Insassen auch der Beobachtungsstation obliegt. Der Unterbringung von zahlreichen Psychopathen in gesonderten Abteilungen von Irrenanstalten wird wegen des großen suggestiven Einflusses, den derartige Kranke bei dauerndem Zusammenleben aufeinander ausüben, widerraten.

Es wurden folgende Richtlinien aufgestellt:

1. In Großstädten ist die ständige Mitarbeit eines Facharztes bei der Fürsorgestelle erforderlich.

2. In kleineren Ortschaften empfiehlt sich von Fall zu Fall die Zuziehung des pädagogisch veranlagten Psychiaters unter vollster Wahrung der Aufgaben der bislang mit Erfolg tätigen schon bestehenden Organe der Fürsorge.

3. Die Einrichtung von Beobachtungsstationen im Anschluß an die Fürsorgeerziehungsanstalten entspricht einem Bedürfnis.

4. In jeder Provinz erscheint die Errichtung eines Psychopathenheims zur Behandlung anstaltspflegebedürftiger Psychopathen notwendig.

5. Die Mitarbeit der Fürsorgestelle bei allen Aufnahmen und Entlassungen Geisteskranker in bezw. aus Anstalten erscheint unzweckmäßig, da eine Beteiligung an sich erfolgt, sobald sie nach Lage des Falles erforderlich ist.

6. Die Aus- und Fortbildung der Ärzte über die klinischen Tatsachen der Psychopathie und über die Fürsorge für sie ist dringend erforderlich.

Indem ich bemerke, daß voraussichtlich infolge der Mitarbeit der Fürsorgeorgane und der Psychiater in Fällen von Psychopathie eine Entlastung der Irrenanstalten eintreten könnte, ersuche ich ergebenst, hiernach gefälligst das weitere zu veranlassen und über die Erfahrungen, die bei der Durchführung dieser Maßnahmen gemacht worden sind, gefälligst nach Jahresfrist durch die Hand des Herrn Oberpräsidenten zu berichten.

Im Auftrage: Gottstein.

An die Herren Regierungspräsidenten.

Die Herausgabe der „Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens" (begründet von *Löwenfeld* und *Kurella*, Verlag Bergmann) hat Priv.-Doz. Dr. *Kretschmer*-Tübingen übernommen.

Die 13. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte findet 12.—16. Sept. in Danzig statt. Ref.: Anatomie und Pathologie des Kleinhirns (*Marburg*-Wien und *Mingazzini*-Rom). 1. Schriftführer Dr. *K. Mendel*, Berlin W., Augsburgerstr. 43.



Die Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen tagt am 28. Oktober in Leipzig. Vortraganmeldungen an Professor *Bumke*, Leipzig, Windmühlenweg 29.

Der Deutsche Verein für Psychiatrie ladet zur Jahresversammlung in Jena am 20. und 21. Sept. 1923 ein. Besondre Einladungen können den Mitgliedern nicht zugeschickt werden (Druckkosten schon Mitte Sept. 5 Millionen Mark).

Mittwoch, 19. Sept., Begrüßungsabend von ½9 Uhr ab in der „Göhre" am Markt.

Donnerstag, 20. Sept., 9 Uhr 1. Sitzung im Auditorium maximum der Universität: Eröffnung. — Bericht von *L. R. Müller*-Erlangen und *Forster*-Berlin: Beziehungen des Sympathikus und Vagus zur psychischen Konstitution. Aussprache. — Vorträge. — 2 Uhr 2. Sitzung: Geschäftliche Mitteilungen. — Wahl dreier Vorstandsmitglieder (für *Bonhöffer*, *Bödeker* und *Mercklin*; die zwei letzteren nochmals wählbar). — Kassenbericht und Festsetzung des Jahresbeitrages. — Bericht über die Heinrich Laehr-Stiftung. — Abstimmung über den 2. Leitsatz des vorjährigen Berichts von *Vocke* (A. Z. f. Ps. 79, S. 177): „Für die Sicherungsverwahrung der vermindert Zurechnungsfähigen sind Heil- und Pflegeanstalten (Irrenanstalten) gänzlich ungeeignet. Vor der Verwirklichung dieses verfehlten Gedankens wird mit allem Nachdruck gewarnt." — *Hübner*-Bonn (i. A. der Justizkommission): Über das Beamtenrecht. — Weitere Vorträge.

Freitag, 21. Sept., 9 Uhr 3. Sitzung: Bericht von *Kretschmer*-Tübingen und *Kehrer*-Breslau: Veranlagung zu psychischer Erkrankung. Aussprache. — Vorträge. — 2 Uhr 4. Sitzung: Vorträge. — An beiden Tagen 1 Uhr Frühstück in der „Göhre".

Vorträge: 1. *Kronfeld*-Berlin: Trieb, Drang, Sucht, Zwang, Impuls und Affekt; 2. *Herschmann*-Wien: Die Paralysefrequenz in Wien 1902—22; 3. *Lewy*-Berlin: Die Klassifizierung der choreatischen Erkrankungen nach pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten; 4. *Stanojevic*-Stenjevec: Über die Massage als Heilmittel bei psychischen Erregungszuständen; 5. *Nießl v. Mayendorf*-Leipzig: Über den sog. Agrammatismus; 6. *Spatz*-München: Versuche zur Nutzbarmachung der Vitalfarbstoffexperimente *E. Goldmann*s für die Pathologie des N. S. s; 7. *Gruhle*-Heidelberg: Die ursprüngliche Persönlichkeit schizophren Erkrankter; 8. *Jakob*-Hamburg: Cortex und extrapyramidales System; 9. *Josephy*-Hamburg: Zur Pathoarchitektonik der progr. Paral.; 11. *Hajashi*-Hamburg: Über zerebrale Hemiatrophie; 10. *M. Meyer*-Köppern: Zur Veränderung der Persönlichkeit bei chronischer Enzephalitis; 12. *Stiefler*-Linz: Über die *Spatz*sche Methode zur histologischen Schnelldiagnose der progr. Paral.; 13. *Aschaffenburg*-Köln: Geltungsbedürftigkeit und Geltungsucht; 14. *Kafka*-Hamburg: Neuartige kolloidchemische Liquoruntersuchungen; 15. *Küppers*-Freiburg: Die funktionelle Einheit des Vorderhirns; 16. *Pötzl*-Prag: Über einige Mechanismen epileptischer



Zustände; 17. *E. Hirsch*-Prag: Zur Frage der Beziehungen zwischen Schizophrenie und Keimdrüsen; 18. *Sittig*-Prag: Mikroskopische Untersuchungen an Gehirnen mit Malaria geimpfter Paralytiker; 19. *Scholz*-Tübingen: Zur Histopathologie des Status marmoratus (*C.* und *O. Vogt*); 20. *Mayer-Groß*-Heidelberg: Die Frage der Demenz der schizophrenen Endzustände; 21. *Jacobi*-Jena: Über eine neue Methode zur plastischen Darstellung des Saftspaltensystems der Dura; 22. *H. Müller*-Dösen: Echt periodische Formen der Dem. praecox; 23. *Rittershaus*-Hamburg: Die graphische Registrierung grober Zitter- und Choreabewegungen und ihre diagnostische Bedeutung; 24. *Runge*-Kiel: Augenbefunde beim Alkoholrausch; 25. *Hartmann* und *Schilder*-Wien: Zur Psychologie und Klinik der Amentia; 26. *Berger*-Jena: Zur Frage der Innervation der Hirngefäße und der Hirnhäute; 27. *Strohmayer*-Jena: Zur Genealogie der Schizophrenie und des Schizoids; 28. *Böning*-Jena: Über das Vorkommen von Eidetikern (*Jänsch*) im Krankenmaterial des Psychiaters; 29. *Frieda Reichmann*-Weißer Hirsch: Die Soziologie der Neurosen; 30. *Cimbal*-Altona: Die Sympathikus-Paratonie bei den Neurosen des seelischen Kampfes.

Die Reihenfolge der Vorträge wird am Vorabend vom Vorstand bestimmt. Ohne besondre Zustimmung der Versammlung dürfen Berichte nicht über 30 Min., Vorträge nicht über 20 Min. und Bemerkungen in der Aussprache nicht über 5 Min. dauern. — Besteht die Absicht, Vereinsbeschlüsse zu beantragen, so wird dringend gebeten, deren Wortlaut dem Vorstande mindestens 8 Tage vorher mitzuteilen. — Anmeldungen zur Benutzung von Demonstrationshilfsmitteln sind an Priv.-Doz. Dr. *Jacobi*, Jena, psychiatr. Klinik, zu richten.

Empfehlenswerte Gasthöfe (oft überfüllt): Kaiserhof, Viktoria, Zum Bären, Weimarischer Hof, Zur Sonne, Deutsches Haus, Adler, Thüringer Hof, Stern. Wer Privatwohnung vorzieht, wird gebeten, sich vor dem 10. Sept. an die psychiatrische Klinik zu wenden. Sendet er eine Postkarte für die Antwort ein, so geht ihm über seine Wohnung schriftliche Nachricht zu; sonst erfährt er deren Adresse auf dem Bureau der Klinik.

Der Vorstand: *Baumann. Bödeker. Bonhöffer. Gaupp. Laehr. Mercklin. Vocke. Wagner v. Jauregg. Weygandt.*

Personalveränderungen.

Dr. *Dominik Stelzer*, Primararzt am Steinhof, ist zum Landesgerichtspsychiater in Wien ernannt.

Dr. *Franz Sioli*, Oberarzt in Bonn, ist an die Anstalt Düsseldorf versetzt und zum o. Prof. für Psychiatrie an der dortigen mediz. Akademie ernannt worden.



Dr. *Hugo Spatz* in München hat sich als Privatdozent habilitiert.
Dr. *Gottfr. Ewald*, Priv.-Doz. u. OA. in Erlangen, ist zum ao. Professor ernannt worden.
Dr. *Georg Voß*, Priv.-Doz. an der Medizinischen Akademie zu Düsseldorf,
Dr. *Löwenstein*, Priv.-Doz. und Oberarzt in Bonn, und
Dr. *F. H. Lewy*, Priv.-Doz. in Berlin, haben die Amtsbezeichnung Professor erhalten.
Dr. *Moritz Probst*, Med.-R. und Gerichtspsychiater in Wien,
Dr. *Ernst Hahn*, San.-R., Dir. d. städt. Irrenanstalt Breslau,
Dr. *Adolf Schmidt*, Geh. S.-R., früher Dir. der Landesanstalt Sorau, sind gestorben.
Dr. *Gustav Sauermann*, S.-R., Oberarzt in Galkhausen, ist am 19. 5. an Septicämie,
Dr. *Hugo Schütz*, S.-R. in Hartheck bei Gaschwitz, ist am 12. 6. und
Dr. *Hermann Gutzmann*, Prof., in Berlin-Zehlendorf gestorben.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BLEULER-Zürich, **BONHOEFFER**-Berlin, **FISCHER**-Wiesloch, **KLEIST**-Frankfurt a. M., **LAEHR**-Wernigerode, **MERCKLIN**-Treptow a. R., **PERETTI**-Grafenberg, **STRANSKY**-Wien

DURCH

GEORG ILBERG

SONNENSTEIN BEI PIRNA A. E.

NEUNUNDSIEBZIGSTER BAND

LITERATURHEFT



BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER - VEIT & COMP.

1924

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1921

REDIGIERT

VON

OTTO SNELL

VORMAL. DIREKTOR DER HEIL- UND PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

LITERATURHEFT

ZUM 79. BANDE

DER ALLGEMEINEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE



BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG VERLAGSBUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.

1924



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN
HERAUSGEGEBEN VON
DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

LITERATURBERICHT ZU BAND LXXIX

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1921

REDIGIERT

VON

OTTO SNELL

VORMAL. DIREKTOR DER HEIL- UND PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

AUSGEGEBEN AM 17. OKTOBER 1924



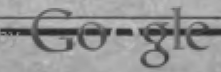
BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGS-
BUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.

1924.





1. Psychologie und Psychophysik.

Ref.: E. Hirt, München-Pasing.

1. *Abraham, Karl* (Berlin), Klinische Beiträge zur Psychoanalyse. Internat. psychoanalytische Bibliothek Bd. 10. Leipzig, Wien, Zürich. Internat. psychoanalyt. Verlag. 303 S. (S. 34*.)
2. *Adam, C.*, Die Psychologie und ihre Bedeutung für die ärztliche Praxis. 8 Vorträge. Jena. G. Fischer. 150 S. — 22 M.
3. *Baudouin, C.*, Les idées nouvelles sur la suggéstion. Scientia, Vol. 30, Nr. 7.
4. *Becher, Erich*, W. Köhlers physikalische Theorie der psychologischen Vorgänge, die der Gestaltwahrnehmung zugrunde liegen. Zeitschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane, Bd. 87, H. 1 u. 2. (S. 31*.)
5. *Behn-Eschenburg, Hans*, Psychische Schüleruntersuchungen mit dem Formdeutversuch. Ernst Bircher, Bern und Leipzig 1921. Preis 3.60 Franken. (S. 23*.)
6. *Berger, Hans* (Jena), Psychophysiologie in 12 Vorlesungen. Jena. G. Fischer. 110 S. — 12 Nr.
7. *Bevis, W. M.* (Washington, D. C.), Psychological traits of the southern negro with observations as to some of his psychoses. American journal of psych. Vol. 1, Nr. 1, p. 69.
8. *Binswanger, L.*, Die drei Grundelemente des wissenschaftlichen Denkens bei *Freud*. Vortrag, Schweizer V. f. Psych., Zürich, November 1920. Bericht: Schweizer Archiv f. Neurol. u. Psych. Bd. 8, H. 2, S. 305.
9. *Bleuler, E.* (Zürich), Über psychische Gelegenheitsapparate und Abreagieren. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 5/6, S. 669.
10. *Derselbe*, Über unbewußtes psychisches Geschehen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 64, S. 122; vgl. auch *Bumke*, Bemerkungen zu vorstehender Arbeit. Gl. Ztschr. Bd. 66, S. 343. (S. 32*.)
11. *Bumke, O.* (Breslau), Denkpsychologie und Psychiatrie. Vortr., Ostdeutscher Psychiatertag 1920. Eigenbericht: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Vol. 23, H. 4, S. 217.
12. *Burr, Charles W.* (Philadelphia), A recurrent dream, a precursor of senile demential. The American journ. of insanity. Vol. 77, Nr. 3, p. 409.
13. *Buttersack*, P. (Heilbronn), Die Hypnose in der Praxis. Dtsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 68/69, Max Nonne-Festschrift. (S. 35*.)




14. *Collie, John*, The plaintiff — a psychological study. Practitioner, Vol. 106, Nr. 5.
15. *Copp, Owen* (Philadelphia, Penns.), Some problems confronting the assoziation. American journal of psych. (formerly The American journ. of insanity), Vol. 1, Nr. 1, p. 1.
16. *Decroly et Vermeylen*, Sémiologie psychologique de l'affectivité. L'Encéphale, Ann. 16, Nr. 1.
17. *Deutsch, Helene*, Zur Psychologie des Mißtrauens. Imago, Bd. 7, H. 1.
18. *Dexler, H.* (Prag), Tierpsychologie als Naturwissenschaft. Neurolog. Zentralblatt, Erg. Bd., S. 113.
19. *Dyroff, Adolf* (Bonn), Aufgaben der Traumpsychologie. Vortrag, Vers. Deutscher Naturforscher u. Ärzte, Sept. 1920. Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 23, H. 3, S. 120.
20. *Fischer, Siegfried* (Dresden-Breslau), Kritische Musterung der neuen Theorien über den Unterschied von Empfindung und Vorstellung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 64, S. 260.
21. *Freud*, Prof. Dr. *Sigm.*, Die Traumdeutung. 6. Auflage. Mit Beiträgen von Dr. *Otto Rank*. Franz Deuticke, Leipzig und Wien, 1921. M. 50.—. (S. 34*.)
22. *Friedländer, A* (Freiburg i. B.), Die Beziehungen der Hypnose zur Chirurgie. — Autorisierter Abdruck a. d. Werke *Friedländers*: Die Hypnose und Hypnonarkose. Stuttgart, F. Enke 1920, 121 S. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 44/42, S. 322.
23. *Galant, S.* (Rosegg), Warum muß der Traum ein Wunschtraum sein? Archiv f. Psych., Bd. 63, H. 1, S. 210.
24. *Gelb, Adhémar* und *Kurt Goldstein*, Psychologische Analysen hirnpathologischer Fälle auf Grund von Untersuchungen Hirnverletzter. V. Wilhelm *Fuchs*, Untersuchungen über das Sehen der Hemianopiker und Hemianblyopiker. II. Teil. Ztschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane, Bd. 86, Heft 1 u. 2. (S. 25*.)
25. *Gellhorn, Ernst* (Halle), Über die Beziehungen des Tastraumes zum Sehraum. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 72, S. 267.
26. *Georgi, Felix*, Beiträge zur Kenntnis des psycho-galvanischen Phänomens. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh., Bd. 62, H. 3.
27. *Gilles, André*, Sur le phénoméne du „déjà vu“. Journ. de psychol. norm. et pathol., Ann. 18, Nr. 2.
28. *Gösser, Alfred*, Über die Gründe des verschiedenen Verhaltens der einzelnen Gedächtnisstufen. Ztschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane. Bd. 87, H. 1 u. 2. (S. 13*.)
29. *Gottheil, Edith*, Über das latente Sinnengedächtnis der Jugendlichen und seine Aufdeckung. Ztschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane. Bd. 87, H. 1 u. 2. (S. 14*.)
30. *Gut, Walter*, Vom seelischen Gleichgewicht und seinen Störungen. Zürich, Orell Füssli, 163 S. — 30 M.
31. *Haeberlin, Paul*, Der Gegenstand der Psychologie. Eine Einführung



in das Wesen der empirischen Wissenschaft. Berlin, Jul. Springer, 174 S. — 48 M.

32. *v. Hattingberg* (München), Suggestion und Hypnose in der allgemeinen Praxis. München, med. Wschr. Nr. 21, S. 635. (S. 35*.)
33. *Hellpach, W.*, Zu der Bemerkung des Herrn Brugmans in Heft 5/6 des 85. Bandes dieser Zeitschrift. Ztschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane, Bd. 86, H. 4.
34. *Henning, Hans*, Ein optisches Hintereinander und Ineinander. Ztschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane, Bd. 86, H. 1 u. 2.
35. *Hermann, Irme*, Über formale Wahltendenzen. Ztschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane, Bd. 87, H. 5 u. 6.
36. *Herwig, Bernhard*, Über den inneren Farbensinn der Jugendlichen und seine Beziehung zu den allgemeinen Fragen des Lichtsinns.. Ztschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane, Bd. 87, H. 3 u. 4. (S. 19*.)
37. *Herwig, Bernhard* und *Jaensch, E. R.*, Über Mischung von objektiv dargebotenen Farben und Farben des Anschauungsbildes. Ztschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane, Bd. 87, H. 3 u. 4. (S. 19*.)
38. *Heymans, G.* u. *Brugmans, H. J.*, Eine Enquête über die spezielle Psychologie der Träume. Ztschr. f. angewandte Psychol., Bd. 18, H. 4/6.
39. *Heymans, G.*, Einführung in die Metaphysik auf Grundlage der Erfahrung. Leipzig, Joh. A. Barth. 363 S. — 56 M.
40. *Hinrichsen, Otto*, Das Verhältnis von „innen" und „außen" in der Psyche. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 65, H. 1/2.
41. *Hirschlaff, Leo*, Hypnotismus und Suggestivtherapie. 3. verb. Aufl. Leipzig, Joh. A. Barth. 320 S. — 23 M. (S. 35*.)
42. *Höfler, Alois*, Meinungs-Psychologie. Ztschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane, Bd. 86, H. 5 u. 6.
43. *Hönigswald, R.* (Breslau), Die Grundlagen der Denkpsychologie. München. (Vgl. Arbeit *Jossmann*): Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 73, H. 4/5, S. 537.
44. *Hoppe, A.* (Rinteln a. Weser), Medizinische Traumdeuterei. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 9/10, S. 58.
45. *Hug-Hellmuth, H.*, Psychoanalytische Erkenntnisse über die Frau. Archiv f. Frauenkunde u. Eug., Bd. 7, H. 2.
46. *Isserlin* (München), Psychologisch-phonetische Untersuchungen. (Aus der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie, München.) Vortragsbericht: Zentralbl. f. d. g. Neurol. u. Psych., Bd. 26, H. 1, S. 77.
47. *Jacobi, Walter* (Jena), Über Schädigungen durch hypnotische Sitzungen. Ärztl. Sachv. Ztg. Nr. 16, S. 189.
48. *Jaensch*, E. R. (Marburg a. L.), Über die Vorstellungswelt der Jugendlichen und den Aufbau des intellektuellen Lebens. Ztschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane, Bd. 87, H. 1 u. 2.
49. *Derselbe*, Über neue Probleme der Gedächtnisforschung. Versammlg.



Deutscher Naturforscher u. Ärzte, Sept. 1920. Vortragsbericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E., Bd. 23, H. 3, S. 125.
50. *Derselbe*, Über Kontrast im optischen Anschauungsbild. Ztschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane, Bd. 87, H. 3 u. 4. (S. 14*.)
51. *Jaensch*, *E. R.* u. *W.* (Marburg), Neue Untersuchungen der Jugendpsychologie. Die Schulpflege.
52. *Dieselben*, Über die Verbreitung der eidetischen Anlage im Jugendalter. Ztschr. f. Psychologie, Bd. 87, H. 1 u. 2. (S. 14*.)
53. *Jaensch*, *E. R.* u. *F. Reich*, Über die Lokalisation im Sehraum. Ztschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane, Bd. 86, H. 5 u. 6. (S. 9*.)
54. *Jaensch*, *Walter* (Marburg), Über psychophysische Konstitutionstypen. München, med. Wschr. Nr. 35, S. 1102.
55. *Jelgersma*, *G.*, Der Inzestkomplex. Nederl. maandschr. voor geneesk. Vol. 1, p. 320.
56. *Derselbe*, *G.*, Psychoanalytischer Beitrag zu einer Theorie des Gefühls. Internat. Ztschr. f. Psychoanalyse, Jahrg. 7, H. 1.
57. *Jung*, *C. G.*, Psychologische Typen. Zürich, Rascher & Co. 708 S. — 125 M.
58. *Kaila Eino*, Eine neue Theorie des Aubert-Försterschen Phänomens. Ztschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane, Bd. 86, H. 4.
59. *Kauffmann*, *Max*, Die Bewußtseinsvorgänge bei Suggestion und Hypnose, mit 3 Figuren, darunter einer farbigen. Halle, C. Marhold, 36 S. — 4,40 M.
60. *Derselbe*, Suggestion und Hypnose. Berlin, Jul. Springer, 1920. 128 S.
61. *Keller*, *Hans H.*, Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Wiedererkennen. Ztschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane, Bd. 87, H. 5.u 6. (S. 22*.)
62. *Kerler*, *Dietr. Heinr.*, Die auferstandene Metaphysik. Eine Abrechnung. Ulm. H. Kerler, 296 S. — 40 M.
63. *Kindborg*, *Erich* (Bonn), Suggestion, Hypnose und Telepathie. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 62 S. — 9 M.
64. *Kispert*, *G.*, Das Weltbild ein Schwingungserzeugnis der Hirnrinde. Eine naturwissenschaftliche Grundlage der Psychologie. München, J. M. Müllers Verl. 1920. 400 S. — 30 M. Cf. Referat Bleuler, München. med. Wschr. Nr. 3, S. 82.
65. *Kolb*, *Gustav* (Tübingen), Okkultismus. (Vgl. *Oesterreich*, T. K.-Tübingen, Erwiderung, gl. Wochenschr. Nr. 34, S. 1085.) München, med. Wschr. Nr. 25, S. 779.
66. *Kraepelin*, *E* (München), Arbeitspsychologische Untersuchungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 70, S. 230.
67. *Krellenberg*, *Paul*, Über die Herausdifferenzierung der Wahrnehmungs- und Vorstellungswelt aus der originären eidetischen Einheit. Ztschr. f. Psych. und Physiol. d. Sinnesorgane, Bd. 88, H. 1 u. 2. (S. 16*.)
68. *Lachmund*, *Hans*, II. Vokal und Ton. III. Über die Abhängigkeit der scheinbaren Schallstärke von der subjektiven Lokalisation der Schall-



quelle, ein Analogon zu den sog. zentralen Faktoren des Farbensehens. Ztschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane, Bd. 88, H. 1 u. 2.

69. *Laignel-Lavastine et Jean Vinchon*, Les symboles traditionnelles et le Freudisme. Paris, méd. Ann. 11, Nr. 11, p. 149.
70. *Lindworsky*, Dr. *J.* (*R. J.*), Der Wille, seine Erscheinung und seine Beherrschung nach den Ergebnissen der experimentellen Forschung. 2. unveränderte Auflage. Johann Ambrosius Barth, Leipzig. 1921, 222 S. M. 27.
71. *Lindworsky*, *Johannes*. Experimentelle Psychol. Kempten, Kosel und Pustet 307 S. — 25 M.
72. *Loele*, *W.* (Hubertusburg), Struktur der Seele. Archiv f. Psych., Bd. 64, H. 1/2, S. 140.
73. *Löwenstein*, *Otto* (Bonn), Über die Feigheit. Ihre psychologische, strafrechtliche und klinische Bedeutung. Allg. Ztschr. f. Psych., Bd. 76, H. 1, S. 89.
74. *Derselbe*, Über die Bedeutung der unbewußten Ausdrucksbewegungen für die Identifizierung geistiger Vorgänge. Naturwissenschaften. Jahrg. 9, Nr. 21, S. 403.
75. *Löwy*, *Paul* (Wien), Die Beziehungen zwischen Psyche und Statik. Über den Begriff und das Wesen der Psychostatik. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 65, H. 3—5, S. 141. (S. 23*.)
76. *Lurje*, *Walter* (Berlin-Schlachtensee), Autismus und Buddhismus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 70, S. 25.
77. *Marzynski*, *Georg*, Studien zur zentralen Transformation der Farben. Ztschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane, Bd. 87, H. 1 u. 2.
78. *Mikulski*, *Antoni* (*Lodz*), Psychologie der Massenbewegung. Nowiny lekarskie. Ann. 33, Nr. 6 (polnisch).
79. *Müller*, Dr. *C.* (Braunschweig), Psychoanalyse und Moral. Geschlecht u. Gesellschaft Jahrg. X 17. Psychoanalyse und Sexualreform. Vortrag a. d. I. internat. Kongreß für Sexualrelorm. 1921.
80. *Derselbe*, Psychoanalytische Gesichtspunkte zur Psychogenese der Moral, insbesondere des moralischen Aktes. Vortrag. Imago, VII. Jahrgang, H. 3. Internat. psychoanalyt. Verlag.
81. *Öhrwall*, *Hjalmar*, Die Analyse der Sinneseindrücke. Skandinav. Archiv f. Physiol., Bd. 41, H. 5/6.
82. *Paulhan*, *Fr.*, Sur le psychisme inconscient. Journ. de psychol. norm. et pathol. Ann. 18, Nr. 1, p. 1.
83. *Derselbe*, La perception de la synthèse psychique. Rev. philosoph. Ann. 46, Nr. 7—10.
84. *Pfeifer*, *Richard Arved* (Leipzig), Die Lokalisation der Tonskala innerhalb der kortikalen Hörsphäre des Menschen. (Vgl. Bemerkungen zu dieser Arbeit von *A. Pick*, Prag, gl. Ztschr. Bd. 51, S. 314). Mtschr. f. Pych. u. Neur. Bd. 50, S. 1 u. 99.



85. *Pick*, *A.* (Prag), Neues zur Psychologie der Confabulation. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. 49, H. 6, S. 313.
86. *Piltz*, *Jan*, Rechtliche Vorschriften über Unzurechnungsfähigkeit u. dergl. Przeglad lékarski Ann. 60, Nr. 7. (Polnisch.)
87. ***Plaßmann***, *J.*, Die Milchstraße als Gegenstand der Sinneswahrnehmung. Ztschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane, Bd. 88, Heft 1 u. 2.
88. *Poppelreuter*, *W.* (Bonn), Praktische Psychologie als ärztlicher Beruf. München, med. Wschr. Nr. 39, S. 1262.
89. *Prandtl*, *Antonin*, Die psychische Leistungsfähigkeit bei wechselnder Disposition. Ztschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane, Bd. 87, H. 5 u. 6. (S. 20*.)
90. *Prince*, *Morton*, The structure of dynamique elements of human personality. Journ. of abnorm. psychol. Vol. 15, Nr. 5/6, S. 403.
91. Die Psychologie und ihre Bedeutung für die ärztliche Praxis. Acht Vorträge, gehalten von *Berger*, *Bumke*, *Czerny*, *Leppmann*, *H. Liepmann*, *Moll*, *J. H. Schultz*. Herausgegeben vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen. Redigiert von Prof. *C. Adam*. Jena. G. Fischer. 150 S. — 22 M.
92. *Reichenbach*, *Hans*, Moralpsychologische Erhebungen an Schulkindern. Ztschr. f. pädagog. Psychol. u. exp. Päd. Jahrg. 22, H. 9/10.
93. *Révész*, *Géza*, Tierpsychologische Untersuchungen. Ztschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane, Bd. 88, H. 1 u. 2.
94. *Richet*, Experimentelle Studien auf dem Gebiete der Gedankenübertragung und des sogen. Hellsehens. Autorisierte Übersetzung von v. Schrenk-Notzing. 2. unveränderte Aufl. Stuttgart, F. Enke. 254 S. — 33 M.
95. *Roffenstein*, *Gaston* (Wien), Zur Psychologie und Psychopathologie der Gegenwartsgeschichte. Bd. 4 der „Arbeiten zur angewandten Psychiatrie“, herausgegeb. von Morgenthaler. Leipzig, E. Bircher. 32 S. — 30 M.
96. *Santangelo*, *G.* (Rom), Untersuchungen über die Physiologie und Pathologie der stereognostischen und symbolischen Wahrnehmung der Gegenstände. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. 49, H. 4, S. 229.
97. *Schilder*, *Paul* (Wien), Zur Theorie der Entfremdung der Wahrnehmungswelt. Allg. Ztschr. f. Psych., Bd. 76, H. 5/6, S. 766.
98. *Derselbe*, Über die kausale Bedeutung des durch Psychoanalyse gewonnenen Materials. („Psychische Niveauveränderung“.) Wiener klin. Wochenschr. Nr. 29, S. 355.
99. *Schneider*, *Kurt* (Köln), Pathopsychologische Beiträge zur psychologischen Phänomenologie von Liebe und Mitfühlen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 65, H. 1—2, S. 109.
100. *Derselbe*, Bemerkungen zu einer phänomenologischen Psychologie der invertierten Sexualität und erotischen Liebe. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 71, S. 346.

101. *Schultz*, *J. H.* (Jena-Dresden), Über „Schichtenbildung im hypnotischen Selbstbeobachten". Monatschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. 49, H. 3, S. 137.
102. *Derselbe*, Der jetzige Stand der Psychoanalyse. Dtsche med. Wochenschr. Nr. 29, S. 836.
103. *Schumann*, *F.*, Die Dimensionen des Sehraumes. Ztschr. f. Psych. u. Physiol. der Sinnesorgane, Bd. 86, H. 5/6.
104. *Seelert*, *Hans* (Berlin), Zur psychoanalytischen Traumdeutung. Dtsche med. Wochenschr. Nr. 40, S. 1203.
105. *Siemerling* (Kiel), Hypnotismus und Geistesstörung. Sitzungsbericht v. Dez. 1921: München, med. Wschr. Nr. 52, S. 1683.
106. *Smith*, *Joseph*, Psychiatry and psychoanalysis, med. record. vol. 99, Nr. 1.
107. *Smith*, *W. Whatley*, The relation between complex indicators and the form of the association. British journal of psychol., vol. 1, Pt. 3/4, p. 297.
108. *Sommer*, *Robert* (Gießen), Zur Kontrolle der Medien im Gebiet des Okkultismus und Spiritismus. Dtsche md. Wochenschr. Nr. 23. (S. 23*.)
109. *Derselbe*, Tierpsychologie und Psychiatrie. Vortrag, gehalten am 6. Nov. 1920 zu Karlsruhe auf der 44. südwestdeutschen Psychiater-Versammlung. Allg. Ztschr. f. Psych., Bd. 76, S. 836.
110. *Stärke*, *August*, Psychoanalyse und Psychiatrie. Beihefte der internat. Ztschr. f. Psychoanalyse, Nr. IV. Internat. psychoanalyt. Verlag Leipzig, Wien, Zürich 1921.
111. *v. Steinau-Steinrück* (Konstanz), Über die Verwendung psychotherapeutischer Kriegserfahrungen, insbesondere über Hypnose. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 69, S. 209.
112. *Stekel*, Dr. *Wilhelm*, Nervenarzt in Wien. Das liebe Ich. Grundriß einer neuen Diätetik der Seele. Otto Salle, Berlin 1920. M. 8.—. (S. 35*.)
113. *Derselbe*, Der Wille zum Leben. Neue und alte Wege zum Glück. Otto Salle, Berlin, 1920. M. 8.—. (S. 34*.)
114. *Stern*, *Erich* (Gießen), Angewandte Psychologie. Bd. 771 der Sammlung „Aus Natur und Geisteswelt". Leipzig, Teubner. 124 S. (S. 35*.)
115. *Straßer*, *Vera* (Zürich), Psychologie der Zusammenhänge und Beziehungen. Berlin, Julius Springer, 591 S. — 96 M. (S. 35*.)
116. *Stuchlik*, *Jaroslav* (Kosice), Die psychologische Grundlage der Suggestion und der hypnotischen Erscheinungen. Vortragsbericht. Cas. lékâr. cesk. No. 8, p. 100. (Tschechisch.)
117. *Derselbe*, Über die praktische Anwendung des Assoziationsexperiments. Eine Programmstudie. Archiv f. Psych. Bd. 62, H. 3, S. 812; vergl. H. 2, S. 441.



118. *Derselbe*, La suggestibilité d'après les races. Psychol. appliquée Ann. 2, u. 9.
119. *Sünner*, *Paul* (Berlin), Zur Streitfrage der okkultistischen Forschung. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 23/24, 143 S.
120. *Tischner*, *Rudolf*, Einführung in den Okkultismus und Spiritismus. München u. Wiesbaden. J. F. Lehmann. 142 S. — 22 M.
121. *Vix*, *W.* (Darmstadt). Die Philosophie des Als-Ob in ihrer Anwendung auf den Begriff des Bewußtseins und des Unbekannten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig.-Bd. 63, S. 183.
122. *Vorkastner* (Greifswald), Die forensische und therapeutische Bedeutung der Hypnose. Sitzungsber. v. Juli 1921. Deutsche med. Wschr. Nr. 45, S. 1378.
123. *Wallon*, *Henri*, Le problème biologique de la conscience. Revue philos. Ann. 46, no. 3—4, p. 161.
124. *Derselbe*, La conscience et la conscience de moi. Journ. de psychol. norm. et pathol. ann. 18, no. 1, p. 51.
125. *v. Wasielewski*, *Waldemar*, Telepathie und Hellsehen. Halle a. S. 1921. C. Marhold. 276 S. 24 M. Besprochen von Prof. *A. A. Friedländer*-Freiburg i. B. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 51/52, S. 386.
126. *Winzen*, *Karl*, Die Abhängigkeit der paarweisen Assoziation von der Stellung des besser haftenden Gliedes. Ztschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane Bd. 86, H. 4.
127. *Wundt*, *Wilhelm*, Probleme der Völkerpsychologie. 2. verm. u. verbess. Aufl. Stuttgart, A. Kröner. 217 S. 22 M.

Von den 127 verzeichneten Arbeiten ist ein Teil dem Referenten nicht vorgelegen. Außerdem fehlen in dem Verzeichnis Arbeiten, die in früheren Jahren der Zusammenstellung nicht entgangen wären. Es ist mit Sicherheit anzunehmen, daß die hohen Kosten der Herstellung die Verlagsanstalten zwingen, mit Rezensionsexemplaren sparsam umzugehen, die Anschaffung aus eigenen Mitteln aber ist in der Mehrzahl der Fälle natürlich ebenso ausgeschlossen. Unter diesen Umständen muß die Übersicht, die den Lesern einer Fachzeitschrift über die in einem Hilfsfach erzielten Fortschritte gegeben werden kann, und die Vermittlung des Inhaltes besonders wichtiger neuer Forschungen immer lückenhafter und mehr und mehr unzureichend werden. Wir haben an diesem Tatbestand ein Beispiel dafür, wie sich auf Grund der traurigen Lage des Reiches die Möglichkeiten, berufliche Ansprüche zu befriedigen, allmählich verengern, und die über das nächste Arbeitsgebiet hinausreichenden geistigen Beziehungen verarmen werden. —

Wenn wir nun unter den Neuerscheinungen des Jahres 1921 zuerst nach solchen suchen, die in schon in früheren Jahren mit Aufmerksamkeit verfolgten Richtungen liegen, so müssen wir feststellen, daß in dem Kampfe der modernen Denkpsychologie gegen die Assoziationspsychologie diesmal keine neuen Arbeiten zu verzeichnen sind. *Otto Selz* hat zwar ein umfangreiches, höchst beachtenswertes Buch über die „Psychologie des produktiven Denkens und des Irrtums" geschrieben.



Dasselbe fällt aber entsprechend dem Jahre seines Erscheinens noch nicht in den Rahmen dieses Referates.

Eine bewundernswerte Tätigkeit haben die Marburger Psychologen entfaltet, um unsere Kenntnisse vom Wesen, der Bedeutung und der Rolle der Anschauungsbilder zu erweitern und auszubauen.

E. R. Jaensch und *F. Reich* setzen in ihrer Arbeit „über die Lokalisation im Sehraum" (53) die Untersuchungen „über den Aufbau der Wahrnehmungswelt und ihre Struktur im Jugendalter" fort. Sie gehen davon aus, daß „das Sehen in Anschauungsbildern eine vollkommen normale, reguläre Eigentümlichkeit einer gewissen jugendlichen Entwicklungsstufe ist" und „daß die eidetische Anlage auf primitiveren Kulturstufen verbreiteter gewesen sein mag, und zwar selbst bei Erwachsenen". Sie legen sich nun die Fragen vor: „Werden die Anschauungsbilder bestimmt lokalisiert, und wenn dies zutrifft, wo werden sie gesehen?" Die Prüfung wurde mit 50 V.P. vorgenommen, die die Fähigkeit zu optischen Anschauungsbildern besitzen, und wurde in folgender Weise angestellt: Der V.P. werden auf einem mit homogenem grauem Papier bespannten „in Lesestellung befindlichen" Reißbrett ausgeschnittene Bilder, Blätter, Blumen und Früchte, zur Einprägung dargeboten. Die Objekte werden solange gezeigt, wie die V.P. selbst zur Einprägung für erforderlich hält, und sodann weggenommen. Die V.P. sieht mit unveränderter Blickrichtung weiter auf das Brett und gibt an, wo ihr das Anschauungsbild zu liegen scheint. Alle V.P. haben nun das Anschauungsbild in bestimmter Weise lokalisiert und zwar im allgemeinen an der Stelle, auf die ihr Blick gerichtet war. Wurde das Bild nicht unmittelbar aut der Ebene des Grundes, sondern vor diesem gesehen, so konnte sein Abstand von diesem und vom Auge des Beobachters wiederholt genau gemessen werden. Auch bei geschlossenen Augen verlegten alle V.P das Anschauungsbild in den Sehraum.

Wie war nun bei geschlossenen Augen die Lage der Bilder im Verhältnis zum Eigengrau der Beobachter? Bei geschlossenen Augen sehen manche V.P die Anschauungsbilder deutlicher, manche undeutlicher, bei einzelnen verschwinden sie. Werden aber die Bilder überhaupt gesehen, so stehen sie stets in bestimmter räumlicher Beziehung zum Eigengrau, meistens erscheinen sie wie eingezeichnet, manchmal rings vom Grau umgeben, durchschimmernd. Da bei geschlossenen Augen das Eigengrau der gesehene Raum ist, so ergibt sich, daß die Anschauungsbilder auch bei geschlossenen Augen in den Sehraum verlegt werden.

Richteten nun die V.P., nachdem sie ein Anschauungsbild auf die oben beschriebene Weise erzeugt hatten, ihren Blick auf eine ungefähr 100 m entfernte Hauswand und schließlich auf die Wolken, so machte das Anschauungsbild im allgemeinen die Wanderung des Blickes mit. Geschieht die Blickwendung schnell, so kann das Bild während der Bewegung entweder für Augenblicke verlöschen oder es verschwindet ganz, um erst wieder zu erscheinen, wenn das Auge zur Ruhe gekommen ist. Bei einigen V.P. folgte das Bild dem Blick nach einem inhomogen und hell gefärbten Hintergrund nicht ohne weiteres, sondern nur dann, wenn der Hintergrund durch ein Rauchglas abgedunkelt wurde. Nur bei 1 V.P. blieb das Anschauungsbild gelegentlich an seiner Stelle.



Die Verlagerung des Anschauungsbildes ist aber nicht unmittelbar an die Verlagerung der Blicklinie, sondern an die der Aufmerksamkeit gebunden. Das ergibt sich daraus, daß es nicht mit dem Blick zu wechseln braucht, wenn die Aufmerksamkeit am Einprägungsort festgehalten wird. Daß dies letztere geschieht, ist wahrscheinlich der Grund dafür, daß bei manchen V.P. das Bild seinen Ort nicht mit dem Blicke wechselt. Da nun die Aufmerksamkeit und ihre Wanderung eine auf die Verschiebung eines Gegenstandes gerichtete Tätigkeit ist, so erklärt es sich, daß Anschauungsbilder je nach ihren Bestandteilen und ihrer Natur leichter oder schwerer verlagert werden können. Von einem Anschauungsbild von zehn nebeneinanderliegenden Objekten kann das Bild eines einzelnen leichter verlagert werden, wenn es sich nur um ein zufälliges Nebeneinander von 10 Gegenständen handelt, als wenn sie einen natürlichen Zusammenhang, ein Ganzes, bilden; leichter, wenn es sich um leicht bewegliche, als wenn es sich um schwere oder schwer bewegliche Gegenstände handelt; u. dgl. m.

Die Verf. haben nun im „eidetischen Verfahren", d. h. mit Hilfe der subjektiven optischen Anschauungsbilder, Fragen der normalen Tiefenlokalisation bearbeitet. Zu diesem Zwecke gingen sie mit 10 V.P. ohne und mit 14 V.P. mit solchen Anschauungsbildern vom *Helmholtz-Hering*schen Grundversuch aus. Um zu verhüten, daß das Verhalten der mit der Fähigkeit zu optischen Anschauungsbildern begabten Personen durch die bei der Betrachtung wirklicher Fäden gemachten Erfahrungen beeinflußt werde, wurden bei diesen Eidetikern sämtliche Versuche mit Anschauungsbildern vor denen mit wirklichen Fäden angestellt. Der Versuch verlief dann folgendermaßen: aus einer Entfernung von 25, 50, 100 und 140 cm (zuweilen auch noch 200 cm) beobachtet die V.P. drei schwarze, lotrecht angebrachte Seidenfäden. Sie fixiert dabei den mittleren, von jedem seitlichen 5 cm entfernten Faden. Wenn ihr die Fäden nicht in einer Ebene erscheinen, werden die seitlichen Fäden soweit nach vor- bzw. rückwärts verschoben, bis dies der Fall ist. Die V.P. erzeugt so ein subjektives optisches Anschauungsbild, und nachdem dies geschehen, werden die Fäden weggenommen. Der Eidetiker sieht dann die Fäden im Anschauungsbild. Er ändert nun seine Entfernung vom (scheinbaren) Orte der Fäden und hat nun anzugeben, ob die Bildflächen auch jetzt noch in einer Ebene erscheinen oder wie sie ihre Lage verändert haben. Wie sich später die Untersuchung des scheinbaren Ortswechsels bei der Betrachtung wirklicher Fäden aus verschiedenen Entfernungen bei den Eidetikern — und natürlich auch den Nicht-Eidetikern — abspielt, ist nach den gemachten Aufgaben ohne weiteres klar. Um die räumlichen Verhältnisse der Anschauungsbilder mit denen wirklicher Wahrnehmungen in meßbarer Weise vergleichen zu können, muß die Stellung der Bildflächen jedesmal genau ermittelt werden. Es geschieht dies mit Hilfe sogen. „Meßfäden" das sind wirkliche Fäden, die der Versuchsleiter nach den Angaben der V.P. solange vor- und zurückschiebt, bis wirklicher Faden und Bildfaden sich decken. Auf diese Weise ist die Stellung der Bildfäden genau zu bestimmen.

Nun werden drei wirkliche, tatsächlich in einer Ebene befindliche Fäden nur aus einer bestimmten „abathischen" Entfernung in derselben Ebene gesehen.



Diese Entfernung kann innerhalb bestimmter Grenzen wechseln („abathische Region“). Diesseits der abathischen Region haben von 24 V.P. 11, und zwar 5 ohne Anschauungsbilder und 6 mit solchen, den mittleren Faden stets näher, jenseits stets entfernter als die Seitenfäden gesehen — wie theoretisch zu erwarten war (I. Typus). 3 V.P., 2 ohne und 1 mit Anschauungsbildern zeigten das zu erwartende Verhalten nicht stets, sondern sie hatten den „abathischen Eindruck“ unter Umständen auch in Versuchen, in denen der Mittelfaden nach der Theorie nach vorne oder nach rückwärts verschoben hätte erscheinen sollen (II. Typus), 10 V.P. endlich, und zwar 3 ohne und 7 mit Anschauungsbildern, sahen manchmal — nie regelmäßig! — den Mittelfaden in umgekehrter Richtung verschoben, als nach der *Helmholtz-Hering*schen Darstellung zu erwarten war (III. Typus).

Alle drei Arten des Verhaltens wurden auch gegenüber den Anschauungsbildern (= Bildfäden) festgestellt. Die scheinbaren Tiefendifferenzen sind bei Bildfäden 10—50 mal so groß, wie sie bei wirklichen Fäden sein würden. Dagegen pflegt die abathische Region für Anschauungsbilder viel weniger ausgedehnt zu sein, als für das Sehen wirklicher Fäden (1—2 cm gegen 15 cm). Eidetiker neigen aber dazu, auch bei der Einstellung wirklicher Fäden hohe Korrekturwerte zu liefern, insbesondere scheint ihnen eine schon bei kurzer Betrachtung des mittleren Fadens vorhandene Tiefendifferenz bei längerer Betrachtung oft stark zu wachsen. Diese Beobachtungen brachten die Verf. auf den Gedanken, daß der Tiefeneindruck der Eidetiker, wenn sie länger betrachten, durch Anschauungsbilder mitbestimmt wird. Bei einer Gruppe von V.P. springt der mittlere Faden bei längerer Betrachtung ruckartig vor oder zurück. Er kann in solchen Fällen vom Versuchsleiter rasch abgeworfen werden, ohne daß die V.P. es merkt — sie sieht immer noch einen Faden, natürlich einen Bildfaden. Das Anschauungsbild des Fadens hatte hier offenbar die Wahrnehmung des wirklichen Fadens verdrängt. Eine zweite Gruppe von Eidetikern sieht nach einigen Sekunden fortgesetzter Betrachtung des mittleren Fadens einen Augenblick lang alles verschleiert. Dann wird plötzlich außer dem am alten Ort gesehenen wirklichen Faden ein zweiter (Bild-)Faden an der Stelle gesehen, die der mittlere Faden im Anschauungsbild bei Betrachtung aus der betreffenden Entfernung haben würde. Geht die Aufmerksamkeit zwischen beiden Gesichtseindrücken hin und her, so verschmelzen beide. Einer dritten Gruppe endlich scheinen die Tiefendifferenzen der drei Fäden bei längerer Betrachtung stetig zu wachsen. Die Korrekturen, die nötig sind, um den Eindruck gleicher Entfernung aller drei Fäden hervorzubringen, wachsen mit der Dauer der Beobachtung und werden schließlich so groß, wie sie sonst nur gegenüber Anschauungsbildern waren. Hier wird also die Wahrnehmung vermutlich mehr und mehr durch ein Anschauungsbild ersetzt. Die bei den drei Gruppen von V.P. beobachteten Erscheinungen werden hemi-eidetische genannt, weil sie sich als Mischwirkungen von Wahrnehmungen und Anschauungsbildern erklären lassen.

Die Verf. halten es also für nachgewiesen, daß Wahrnehmungen und Anschauungsbilder nicht nur den gleichen Gesetzen gehorchen, sondern auch fließend ineinander übergehen. Es werden demnach für beide Arten von Erlebnissen die



gleichen Ursachen maßgebend sein müssen. Deshalb ist es erlaubt, „die Analyse der Anschauungsbilder als Untersuchungsmethode der normalen Wahrnehmung, insbes. der Raumwahrnehmung zu verwenden". Ein solches Verfahren empfiehlt sich besonders aus dem Grunde, weil gegenüber den Anschauungsbildern Änderung der Versuchsbedingungen quantitativ größere Wirkungen erzielt. Nun hatte *Jaensch* schon im J. 1911 die Ursachen der Tiefenlokalisaton in Wanderungen der optischen Aufmerksamkeit gesucht. Jetzt sollte diese Annahme dadurch nachgeprüft werden, daß an Anschauungsbildern absichtliche Wanderungen der Aufmerksamkeit vorgenommen wurden. Das wurde durch folgende Versuchsanordnung erreicht: Zunächst werden zwei Fäden in objektiv frontalparalleler Ebene dargeboten. Die V.P. erzeugt durch Betrachtung der beiden ein Anschauungsbild, wobei sie zu vermeiden hat, einen von ihnen durch ihre Aufmerksamkeit auszuzeichnen. Ist das Anschauungsbild erzeugt, so werden die beiden Fäden rasch abgeworfen; die V.P. gibt an, wie die beiden Bildfäden zueinander stehen. Nun wird sie aufgefordert, den linken (oder den rechten Faden) zu beachten und gleichzeitig mit der Aufmerksamkeit nach hinten (bzw. nach vorne) zu wandern. Hierauf hat sie darüber Auskunft zu geben, ob die Stellung der Bildfäden noch die gleiche ist oder ob sie sich irgendwie verändert hat. Dann wird der scheinbare Ort beider Bildfäden festgelegt, indem wirkliche Fäden mit ihnen zur Deckung gebracht werden. Mit der Feststellung, um wieviel sich die Bildfäden von ihrem ursprünglichen Orte entfernt haben, ist der Versuch beendet. Beobachtet wurde aus 25, 50, 100 und 200 cm Entfernung. Es wurden mit 8 Beobachtern im ganzen 110 Versuche angestellt: in 89 Versuchen verschob sich der beachtete Bildfaden in der Richtung der Aufmerksamkeitswanderung (reguläres Verhalten); in 6 Fällen trat keine Tiefenverschiebung ein; in 15 Versuchen wanderte der nichtbeachtete Bildfaden in der Richtung der Aufmerksamkeit. Die Größe der Tiefenverschiebung war sehr verschieden (2 bis ungef. 60 cm), sie war bei einigen V.P. um so größer, je größer die Entfernung war, aus der beobachtet wurde, bei anderen V.P. verhielt es sich umgekehrt. Die sechs Versuche, in denen die Bildfäden abathisch blieben, verteilen sich auf 3 V.P.; die Verf. sind der Meinung, daß von diesen V.S. die Aufforderung, die Aufmerksamkeit zu verlegen, in ungenügendem Maße erfüllt werde. Der nichtbeachtete Bildfaden bleibt in der Mehrzahl der Beobachtungen an seinem Orte; er kann sich in derselben Richtung wie die Aufmerksamkeit bewegen; da er dies aber langsamer und weniger weit als der beachtete tut, entsteht in solchen Fällen doch ein Tiefenunterschied; endlich kommt es vor, daß er in entgegengesetzter Richtung wandert wie der beachtete, aber weniger weit. Die Wanderungen der Bilder erfolgen in der Regel ohne entsprechenden Willen des Beobachters; nur ausnahmsweise geben V.-P. an, daß sie den Bildfaden „fortschieben".

Endlich wurden noch entsprechende Versuche mit drei Fäden angestellt. Beim Erzeugen der Anschauungsbilder war den V.P. das Verhalten der Aufmerksamkeit freigestellt; während sie die Aufmerksamkeit vorwärts oder nach hinten wandern ließen, hatten sie jedoch zunächst die beiden seitlichen Bildfäden zu beachten. Dem verschiedenen Verhalten im 1. Teile des Versuches entsprach, daß entgegen früheren Beobachtungen, in denen stets der mittlere Faden fixiert



werden mußte, die drei Fäden häufig abathisch blieben. In den mit acht Beobachtern ausgeführten 77 Versuchen, in denen die Wirkung der Aufmerksamkeitswanderung auf die seitlichen Bildfäden festgestellt wurde, kam es 72 mal zu einer Verschiebung der seitlichen Bildfäden in der Richtung der Aufmerksamkeit, einmal erfolgte gar keine, viermal eine Verschiebung in entgegengesetztem Sinne. Der nichtbeachtete mittlere Bildfaden konnte eine der drei Verhaltungsweisen zeigen, die schon für den nichtbeachteten Faden im Versuche mit zwei Bildfäden gefunden worden waren.

Wurde während der Wanderung der Aufmerksamkeit statt der beiden seitlichen der mittlere Bildfaden beachtet (in 58 Versuchen mit 8 V.P.), so bewegte er sich regelmäßig mit der Aufmerksamkeit in gleicher Richtung; die seitlichen Fäden zeigten nun eine der drei Verhaltungsweisen des nichtbeachteten Teiles der Anschauungsbilder.

Wollte man die genannten Verschiebungen statt durch die Wanderung der Aufmerksamkeit durch Wanderungen des Blickes erklären, so bereitete die Tatsache Verlegenheit, daß die nichtbeachteten Bildfäden ihren Ort beibehalten oder gar in entgegengesetzter Richtung wie die beachteten sich bewegen.

Nun ergaben aber Versuche mit vier in der Selbstbeobachtung geübten V.P., daß die auf einen nahen Gegenstand eingestellte Aufmerksamkeit unwillkürlich nach hinten abgleitet und sich dabei zugleich nach der Seite wendet, die auf einen fernen Gegenstand gerichtete Aufmerksamkeit aber umgekehrt nach vorne. Bei Betrachtung von drei wirklichen in einer frontalen Ebene befindlichen Fäden aus naher Entfernung müssen daher die seitlichen Fäden scheinbar hinter den mittleren zurücktreten, bei Betrachtung der drei Fäden aus der Ferne dagegen gegenüber dem Mittelfaden nach vorwärts rücken. Dies entspricht, wie schon berichtet, der Regel für den Fall, daß der mittlere Faden fixiert wird. Bei gleichmäßiger Zuwendung der Aufmerksamkeit auf alle drei Fäden, bleiben diese abathisch. Werden die seitlichen Bildfäden gleichmäßig durch Zuwendung der Aufmerksamkeit ausgezeichnet, so übernehmen sie die Rolle, die bei Beachtung des mittleren Fadens dieser spielt: immer entspricht die Verschiebung der Wanderung der Aufmerksamkeit.

Die Rolle der eidetischen Anlage während der seelischen Entwicklung des Einzelmenschen wird von *Edith Gottheil* untersucht (29). Dabei geht sie von dem Nachweis aus, daß bei V.P. im Alter von 22—25 Jahren, die sicher keine Anschauungsbilder besitzen, das *Emmert*sche Gesetz strenge Gültigkeit hat, d. h., daß ein Nachbild proportional mit der Entfernung des Schirmes wächst, auf den es projiziert wird.

Die Nachbilder der Eidetiker folgen im allgemeinen diesem Gesetze nicht. Wenn es sich zeigen läßt, daß sich die Nachbilder jugendlicher Personen, die nicht ohne weiteres als Eidetiker zu erkennen sind, aber in dem Alter stehen, in dem die eidetische Anlage am häufigsten und deutlichsten hervortritt, ähnlich denen der Eidetiker verhalten, so dürfte ein gewisser Grad der eidetischen Anlage als mit einer bestimmten Entwicklungsstufe gesetzmäßig verbunden angesehen werden. Tatsächlich konnte an 18 solchen V.P. im Alter von 12—17 Jahren gezeigt



werden, daß im Durchschnitt ihre Nachbilder, wie die Anschauungsbilder der Eidetiker beim Nahesehen größer, beim Fernsehen aber kleiner sind, als das *Emmert*sche Gesetz es fordert.

Auch die Vorstellungsbilder der Erwachsenen und der Jugendlichen zeigen eindeutige Unterschiede. Erwachsene haben die Neigung, das Vorstellungsbild in allen Entfernungen in derselben Größe zu sehen; bei den Jugendlichen wächst die Größe des Vorstellungsbildes in der Mehrzahl der Fälle mit der Entfernung, ein Verhalten, wie es in gleicher Art, wenn auch stärkerer Ausbildung die Anschauungsbilder auszeichnet.

Ersetzt man den homogenen Grund, auf den ein Nachbild projiziert wird, durch einen inhomogenen Schirm, so zeigen sich zwischen erwachsenen und jugendlichen V.P. wiederum charakteristische Verschiedenheiten. Bei Erwachsenen ist die Art des Hintergrundes auf die Größe des Nachbildes ohne Einfluß; die jugendlichen Beobachter sahen mit nur einer Ausnahme das Nachbild auf inhomogenem Grunde größer. Das aber ist das Verhalten, das *E. R. Jaensch* für die Anschauungsbilder und Nachbilder der Eidetiker nachgewiesen hat.

Bei Projektion eines farbigen Vorstellungsbildes auf ein wirkliches Objekt von anderer Farbe ließ sich bei den jugendlichen V.P. im Gegensatz zu den Erwachsenen auch Andeutung von Farbenmischung nachweisen, wie sie ausgeprägter den Eidetikern eigen ist.

Die Verschiedenheit des Einflusses, den die Kopfneigung auf die Stellung des Nachbildes bei Erwachsenen und Jugendlichen ausübt, und die Unterschiede der Erscheinungsweise der Vorstellungsbilder bzw. Nachbilder (körperlich oder flach) zeigten sich als weniger deutlich. Immerhin stand das Verhalten der Jugendlichen demjenigen der ausgesprochen Eidetischen näher als das der Erwachsenen. Es ist nach allem wahrscheinlich, daß das eidetische Sehen für eine gewisse Entwicklungsstufe gesetzmäßig ist und den Aufbau der Wahrnehmungs- und Vorstellungswelt entscheidend beeinflußt.

Zu demselben Ergebnis gelangten *E. R.* und *W. Jaensch* auf Grund statistischer Untersuchungen (52).

Nachbild, Anschauungs- und Vorstellungsbild stellen eine aufsteigende Reihe von Gedächtnisstufen dar, die sich in zunehmendem Maße von den physikalischen Bedingungen der Netzhautreizung und Erregung des zentralen Sehappatates unabhängig zeigen. Die Gründe ihres verschiedenen Verhaltens hat *Alfred Gösser* untersucht (28). Die subjektiven Anschauungsbilder sind, bes. beim basedowschen Konstitutionstypus (B-Typus nach *W. Jaensch*), oft besonders deutlich und lebhaft gefärbt — ein Beweis, daß der Unterschied von Wahrnehmung und Vorstellung nicht, wie es im Anschluß an *Hume* noch häufig geschieht, in Unterschieden der Stärke und Lebhaftigkeit der Inhalte gesucht werden darf. Nachbilder und Anschauungsbilder werden stets in den Wahrnehmungsraum projiziert, beim Vorstellungsbild braucht das nicht der Fall zu sein. Untersucht man nun die Erscheinungsweise des Hintergrundes bei den drei Gedächtnisstufen, die Leichtigkeit, mit der sie sich vom Hintergrunde loslösen, ihr Verhalten bei einem sich drehenden Hintergrund und ihre Beeinflussung durch nichtebene Hintergründe, endlich den

Einfluß einer farbigen Projektionsfläche auf die Erscheinungsweise des Anschauungsbildes und Nachbildes, und die Größenangleichung der Vorstellungs-, Anschauungs- und Nachbilder bei Betrachtung durch eine sich vergrößernde Schablone (= Angleichung an Wahrnehmungsobjekte), so findet man, daß ein Gedächtnisbild mit den gleichzeitig gegebenen Wahrnehmungsgegenständen um so lockerer verknüpft ist, auf je höherer Stufe es steht. Der Eidetiker sieht also z. B. einen homogenen Hintergrund zwar zusammen mit einem Nachbilde so, wie er in Wirklichkeit ist, zusammen mit einem Anschauungsbilde schon deutlich von seinem gewöhnlichen wahrnehmungsmäßigen Aussehen verschieden, mehr wolkig oder nebelartig, zusammen mit einem Vorstellungsbilde aber stark „dem inneren Vorstellungsgrau angenähert“. Anschauungs- und Vorstellungsbild werden häufig in einem größeren Abstand vom Hintergrund gesehen als das Nachbild. Auch die absichtliche Loslösung vom Hintergrund gelingt beim Nachbild am schwersten. Drehung des Projektionsschirmes beeinflußt das Anschauungsbild weniger, als das Nachbild, das Vorstellungsbild weniger, als das Anschauungsbild; dasselbe gilt von der Projektion der verschiedenen Gedächtnisbilder auf eine gekrümmte Fläche. Bei Projektion eines Nachbildes auf eine farbige Projektionsfläche entsteht eine Mischfarbe, beim Anschauungsbild ist dies nicht regelmäßig und nur unvollkommen der Fall, Vorstellungsbilder bleiben unter gleichen Umständen unbeeinflußt. Betrachtet man Nachbilder, Anschauungsbilder und Vorstellungsbilder durch eine sich vergrößernde Schablone (Holzrahmen), so gleicht sich die Größe des Bildes der des Rahmens an, am wenigsten aber beim Nachbild, mehr beim Anschauungsbild, am meisten beim Vorstellungsbild. Die Festigkeit der Verknüpfung zwischen Gedächtnisbild und Wahrnehmungsinhalten nennt *G.* den Kohärenzgrad. Er ist natürlich am größten bei der wirklichen Wahrnehmung, am kleinsten bei der rein innerlichen Vorstellung. Zwischen den Extremen gibt es kontinuierliche Übergänge. —

Die Ergebnisse aller einschlägigen Arbeiten aus dem Marburger psychologischen Institut lassen sich also dahin zusammenfassen, daß es drei verschiedene Gedächtnisstufen gibt, die durch die Unterschiede ihres Verhaltens unter verschiedenen Versuchsbedingungen in gesetzmäßiger Weise gekennzeichnet werden, und die nachgewiesenen Unterscheidungsmerkmale werden begründet durch das von *Gösser* aufgestellte Kohärenzgesetz. Auf dieses Gesetz läßt sich auch das von *Busse* gefundene Invarianzgesetz zurückführen, demzufolge die Größe eines Gedächtnisbildes durch Veränderung der räumlichen Verhältnisse zwischen Beobachter und Bild um so weniger beeinflußt wird, auf je höherer Gedächtnisstufe das Gedächtnisbild steht.

Die genannten Gesetzmäßigkeiten gelten aber offenbar nur für die Mehrzahl der eidetischen und nichteidetischen Personen; bei allen Versuchen wurden vereinzelte Personen gefunden in denen die sonst aufgedeckten Unterschiede der Gedächtnisstufen nicht nachgewiesen werden konnten. Andererseits konnte nachgewiesen werden, daß Wahrnehmungen und Anschauungsbilder bei jugendlichen Personen in der eidetischen Phase wichtige Eigentümlichkeiten gemeinsam haben. Auf diese Tatsachen stützte *Jaensch* die Lehre, daß „das Anschauungsbild sich



zuerst entwickelt und die originäre undifferenzierte Einheit darstellt, aus der sich erst die Wahrnehmungs- und Vorstellungswelt herausdifferenzieren" (*Krellenberg*). *Krellenberg* nun (67) hat sich die Aufgabe gestellt, zu untersuchen, „ob es Individuen gibt, bei denen mit den bekannten Erzeugungsmethoden nicht entweder ein Vorstellungs- oder ein Anschauungs- oder ein Nachbild entsteht, sondern immer nur die undifferenzierte Einheit aller, das Anschauungsbild. Zu den Versuchen konnten nur sehr ausgeprägte Eidetiker herangezogen werden. Vier Erwachsene und 28 Schüler dienten als Versuchspersonen. Ein Einheitstypus, bei dem Vorstellungs-, Anschauungs- und Nachbilder „ganz übereinstimmenden Charakter haben", konnte in der Tat nachgewiesen werden. Bei ihm lassen sich negative Nachbilder und reine Vorstellungen überhaupt nicht erzeugen, vielmehr tragen alle Gedächtnisbilder die Merkmale der Anschauungsbilder an sich. Sie erscheinen daher als die „originäre eidetische Einheit aller Gedächtnisstufen", die der Wahrnehmung so nahe steht, daß sie manchmal mit dieser verwechselt wird. Zwischen dem reinen Einheitstypus und der gewöhnlichen eidetischen Jugendanlage gibt es alle möglichen Übergänge. Fälle des Einheitstypus, die deutliche tetanoide Merkmale aufweisen, können durch Kalkzufuhr rasch „zum Zerfall gebracht", zu dem Verhalten der gewöhnlichen Eidetiker (mit drei Gedächtnisstufen, negativen Nachbildern und reinen Vorstellungen) übergeführt werden. Dem Einheitstypus ist der eidetische Zustand etwas vollkommen Natürliches, Ungezwungenes. Tritt mit fortschreitendem Alter oder durch Kalkbehandlung an seine Stelle das Verhalten der gewöhnlichen Eidetiker, so bleiben die bedeutsamen Gedächtnisinhalte dem Verhalten des Einheitstypus am meisten und am längsten treu. Das zeigt sich im besonderen darin, daß interessante und bedeutsame Gegenstände ihre urbildmäßige Farbe länger bewahren als bedeutungslose Buchstabenzusammenstellungen, diese wieder länger als homogene Quadrate; die Gestalt eines Gegenstandes wird zäher festgehalten als Farbe und Körperlichkeit, am zähesten der äußere Umriß; sinnvolle Zusammenhänge haften fester als sinnlose Gruppen, in anschauungsbildmäßiger Treue. Dieser Sachverhalt gebe die Gewähr, daß alles Wertvolle und Bedeutsame beim Aufbau der Wahrnehmungswelt in gehöriger Weise zur Geltung komme, „zu einem Bestandteil der Wahrnehmungswelt werden" könne; denn die originäre eidetische Einheit lasse sich gleichsam als Keimzelle der Wahrnehmungswelt betrachten.

Die Anschauungsbilder als solche bedeuten natürlich keine neue psychologische Entdeckung. Zahlreiche Personen haben sie aus eigenem Erleben gekannt; Künstler, Psychologen und Ärzte haben unbefangen von ihnen geredet, als sprächen sie von etwas Selbstverständlichem, Allgemeinverständlichem. Zahlreiche Psychologen haben sie reden gehört und haben geantwortet, das Besondere des Gemeinten aber haben sie nicht verstanden. Beiden Teilen galten eben die Erlebnisse, die wir heute Anschauungsbilder heißen, einfach als Vorstellungen; als lebhafte, detailierte Vorstellungen gewiß, aber doch als ohne Frage den allgemeinen Gesetzen der Vorstellungspsychologie untertan. So erklärt sich z. B., daß die einen behaupteten, der Wahrnehmungsraum sei vom Vorstellungsraum nicht



verschieden, die anderen aber vom Gegenteil überzeugt waren. Daß für die ersteren — eben selbst Eidetiker — die Intensität, Prägung bis ins einzelnste, sinnlich lebhafte Färbung dessen, was sie „Vorstellungen" nannten, was aber Anschauungsbilder waren, nicht den Unterschied zwischen Vorstellung und Wahrnehmung ausmachen konnte, ist klar. Ebenso verständlich aber ist, daß jene, die keine Gedächtnisbilder mit den Eigenschaften der Anschauungsbilder aus eigenem Erleben kannten, sich gegenüber den Darlegungen von der sinnlichen Fülle und wahrnehmungsmäßigen Treue und Eindrucksfähigkeit der Vorstellungen skeptisch verhielten. Die Kenntnis, die sich an *Urbantschitschs* erste Mitteilung anschloß und namentlich durch die Arbeiten der Marburger Psychologen erweitert und vertieft wurde, ist deshalb wohl mehr als der Einblick in eine interessante persönliche Eigentümlichkeit. Für den Arzt namentlich, und besonders für den Psychiater ist sie von noch nicht abzuwägender Wichtigkeit, einmal, weil sie anscheinend mit gewissen Konstitutionstypen in gesetzmäßigem Zusammenhange steht, sodann auch, weil sie die Lehre von den Sinnestäuschungen vielleicht in entscheidender Weise beeinflussen wird. Daß sie das tun muß, soweit es sich um die Phänomenologie der Trugwahrnehmungen handelt, liegt auf der Hand; wir wissen heute, Anschauungsbilder können auch von Gesunden gelegentlich für Wahrnehmungen genommen werden. Vielleicht wird sie uns aber auch ein Verständnis für die Tatsache bringen, daß derselbe Krankheitsprozeß unter allen Befallenen nur einen Teil zum Halluzinieren bringt. Doch das sind Fragen, die im Rahmen eines psychologischen Referates nur angedeutet werden können. Notwendig aber ist hier, die neugeschaffenen Begriffe daraufhin anzusehen, ob sie wohl tragfähig genug sind, um mit ihnen an jene psychopathologischen und klinischen Fragen heranzugehen. Und da scheint doch manche Auffassung und manche Fassung, die sich in den besprochenen Arbeiten findet, noch einigermaßen bedenklich.

Die Bedenken, die ich vorzubringen habe, richten sich alle gegen die Anschauungen über das gegenseitige Verhältnis von Wahrnehmungen, Anschauungsbildern und Vorstellungen. Diese Anschauungen werden in *Krellenbergs* Arbeit am schärfsten ausgesprochen, und der Kürze halber will ich mich auf eine Besprechung seiner Aufstellungen beschränken. Gleich im Anfang spricht er von der „Lehre von *Jaensch*, nach der das Anschauungsbild sich zuerst entwickelt und die originäre undifferenzierte Einheit darstellt, aus der sich erst die Wahrnehmungs- und Vorstellungswelt herausdifferenzieren". Der Sinn des Gemeinten wird noch deutlicher durch die Anführung einer Stelle aus *J. Lindworsky* („Wahrnehmung und Vorstellung", Ztschr. f. Psychol. 80), die lautet: „Das Kind hat nun in einem gewissen Entwicklungsstadium weder ‚Wahrnehmungen' noch ‚Vorstellungen'." Natürlich ist *Krellenbergs* Meinung also die, daß es auf dieser Entwicklungsstufe Anschauungsbilder habe. Nun muß man *Lindworskys* Satz ja wohl so verstehen, daß das Kind in sehr frühem Alter Erlebnisse habe, die zwar wie Wahrnehmungen und Vorstellungen durch Gegenstandsinhalte charakterisiert, nach der Besonderheit ihrer Entstehung — auf äußere Reize hin oder aus inneren Gründen — aber noch nicht unterschieden seien. Vorläufig darf man solche Erlebnisse wohl noch als hypothetisch ansehen, aber nehmen wir an, daß Wahr-



nehmungen und Vorstellungen im frühesten menschlichen Leben tatsächlich noch phänomenologisch ungeschieden nebeneinander bestehen. Wodurch ist dann bewiesen, daß diese noch ungeschiedenen Inhalte dasselbe sind, was später bei gewissen Personen als Anschauungsbild auftritt? Selbst wenn der ganze Erregungsvorgang, der zum Auftreten bestimmter Inhalte, z. B. der die Milchflasche repräsentierenden, führt, gleichgültig ob er durch das Sehen der Flasche oder durch die Erinnerung an sie ausgelöst ist, so ähnlich abläuft, daß das Kind wirklich nur die Inhalte hat, ob es die Flasche sieht, oder ob es nur an sie denkt, aber nicht unterscheiden kann, so ist doch an der Tatsache der verschiedenen Auslösung nicht zu rütteln. Und ebenso fest steht, daß die weitere Entwicklung dazu führt, daß Wahrnehmungen und Vorstellungen, Gegenstände und Gedachtes, unterschieden werden. Ich finde es demnach als wohl möglich, daß *Lindowskys* Annahme das Richtige trifft, sehe aber keine Nötigung, die noch ununterscheidbaren inhaltlichen Erlebnisse für Anschauungsbilder zu halten.

Nun mag man mir entgegenhalten: Ja, die Anschauungsbilder stehen aber nach ihrer Erscheinungsweise und nach ihrer Gesetzmäßigkeit doch in der Mitte zwischen Wahrnehmungen und Vorstellungen. Wenn also beide auf einer frühen Entwicklungsstufe erlebnismäßig einander gleich sind, und man dementsprechend annehmen muß, daß ihre Eigentümlichkeiten und Gesetze auch in der Mitte zwischen jenen Besonderheiten und Regeln gesucht werden müssen, die für die Wahrnehmungen und Vorstellungen des Erwachsenen gelten, dann ist es doch wahrscheinlich, daß jene Mittelform der menschlichen Frühzeit und die, die sich gelegentlich mehr oder minder rein erhält und nachweisen läßt, d. i. eben das Anschauungsbild, ein und dieselbe Sache sind. Aber der Umstand, daß das Anschauungsbild zwischen dem, was wir als Wahrnehmung und als Vorstellung kennen, die Mitte hält, läßt sich sehr ungezwungen erklären, wenn man annimmt, daß die sinnlichen Erlebnisse, die durch äußere Reize veranlaßt sind, und ihre ohne solche Reize entstehenden Gedächtnisbilder verschieden weit auseinandertreten. Nach dieser Auffassung könnte das Anschauungsbild recht gut das allgemein verbreitete Erinnerungsbild einer bestimmten Entwicklungsphase sein, aber bei der Mehrzahl der Individuen ginge die Entwicklung vom Urbild darüber hinaus weiter zur mehr oder weniger reinen Vorstellung. Alle Übergänge zwischen Wahrnehmung und Vorstellung wären erklärlich — ganz wie die Versuche der Marburger Psychologen sie nachgewiesen haben. Die ganze Entwicklung würde eine gewisse Zeit erfordern, die im allgemeinen ihre gesetzmäßige Dauer hätte, und es wäre leicht verständlich, daß von einem bestimmten Alter an die Anschauungsbilder selten werden. Es bliebe aber auch die Möglichkeit offen, daß die Anschauungsbilder überhaupt das Kennzeichen besonderer Veranlagung, vielleicht besonderer Konstitutionen seien, daß diese Veranlagung zwar im jugendlichen Alter deutlicher hervortrete als bei Erwachsenen, aber nie die herrschende sei. Aus *Krellenbergs* Anschauung würde sich ergeben, daß die Anschauungsbilder um so häufiger angetroffen werden, je jünger die untersuchten Personen wären — ein Beweis für diesen notwendigen Schluß ist bisher nicht erbracht.

Daß alle sinnlichen Inhalte ihr Dasein Reizen der Umwelt verdanken,

ist ja nicht zweifelhaft. Das auf solche Weise erstmalig entstehende seelische Erlebnis ist das Urbild. Dahingestellt bleibt, ob wir dieses Urbild schon Wahrnehmung nennen dürfen. Als sicher darf gelten, daß die Wahrnehmungen der Erwachsenen durch die Residuen früherer, durch Sinnesreize ausgelöster Erregungen mitgestaltet werden. Scharf zu unterscheiden sind aber auf jeden Fall die Erlebnisse, die durch einen gegenwärtigen Reiz entstehen, und jene sinnlichen Inhalte, die ohne einen solchen lebendig werden. Diese Unterscheidung vollzieht mit den anderen Marburger Psychologen auch *Krellenberg*; sie alle fassen ja Nachbilder, Anschauungsbilder und Vorstellungsbilder als „Gedächtnisstufen" zusammen. Nun finde ich, daß sie das nicht tun dürften, wenn sie mit der Anschauung, daß sich die Wahrnehmungs- und Vorstellungswelt aus der eidetischen Einheit herausdifferenziert, Ernst machen wollten; denn sie identifizieren die „eidetische Einheit" mit dem Anschauungsbild. Eine G e d ä c h t n i s stufe kann aber nicht die „originär undifferenzierte Einheit" sein, die sowohl der als unmittelbar vorhanden erlebten „Gegenwelt", als auch ihren wiederaufgelebten Erinnerungsbildern zugrunde liegt. Eine Gedächtnisstufe ist auf jeden Fall selbst Erinnerung.

Krellenbergs Auffassung begegnet aber einer weiteren Schwierigkeit. Wenn das Anschauungsbild die undifferenzierte originäre Einheit ist, aus der sich das entwickelt, was wir Erwachsene Wahrnehmung und Vorstellung nennen, dann muß sich in der einen Richtung der Übergang zur Wahrnehmung ebenso zwanglos vollziehen lassen, wie in der entgegengesetzten Richtung zur Vorstellung. In der Tat aber steht zwischen Anschauungsbild und Wahrnehmung das Nachbild. Und dieses ist zwar leicht von der Wahrnehmung aus, unmöglich aber vom Anschauungsbild aus zu erklären. Dieser Umstand scheint mir in zwingender Weise gegen den Versuch zu sprechen, den gesamten Tatsachenkomplex in der Weise zu deuten, wie *Krellenberg* es tut. Daß mit den bekannten Erzeugungsmethoden nicht bei allen V. P ent weder ein Vorstellungsbild oder Anschauungsbild oder Nachbild, sondern immer nur ein Anschauungsbild hervorzurufen ist, sagt natürlich nichts gegen den gemachten Einwand. *Krellenberg* nennt allerdings das Anschauungsbild „die undifferenzierte Einheit aller", also auch des Nachbildes. Das mag für die Erscheinungsweise dieser Gedächtnisbilder gelten, es müßte aber für die Genese deutlich gemacht werden können.

Von geringerer Bedeutung scheint mir zu sein, daß auch die Zusammenstellung der Nachbilder mit den Anschauungs- und Vorstellungsbildern als drei Gedächtnisstufen wohl nicht ganz angängig ist. Es wird dadurch der Eindruck erweckt, daß es sich um verschiedene Grade oder Erscheinungsweisen derselben Sache handle. Das aber ist nicht der Fall. Das Nachbild verdankt seine Entstehung dem Bestehen eines Reizzustandes im peripheren Sinnesorgan. Es ist also keine echte Gedächtniserscheinung.

Interessant, für die Psychopathologie jedoch einstweilen weniger bedeutungsvoll, sind die von *Herwig* (36) und *Herwig* und *E. R. Jaensch* (37) studierten Farbeneigenschaften der Anschauungsbilder. Ihre Farbe kann wie die der Nachbilder mit der Farbe wahrgenommenen Gegenstände gemischt werden. Die Mischung ist oft eine unvollkommene, die Farben geraten miteinander in Wettstreit, die eine



wird wie durch einen Schleier der anderen hindurch gesehen, manchmal legen sich beide Farben einfach nebeneinander. In der Komplementärfarbe können stark eidetische (jugendliche) Personen das Nachbild zumeist nicht sehen, sie tritt leichter auf bei geringem Abstand des Vorbildes vom Fixierpunkt, bei kürzerer Darbietungszeit und bei größerer Fläche. Daß Eidetiker, die anfänglich ein negatives Nachbild nicht erzeugen konnten, mit zunehmendem Alter und zurücktretender eidetischen Anlage die Fähigkeit zur Erzeugung eines negativen Bildes erlangen, wurde beobachtet. Die Kontrasterscheinungen sind im Anschauungsbilde verstärkt. Im Anschauungsbild des *Hering*'schen Farbenkreises sind häufig einzelne Farben abgeschwächt, wahrscheinlich durch Induktion der grauen Farbe des umgebenden Grundes. Die Erscheinung ist umso deutlicher, je kleiner das dargebotene Feld ist und je peripherer es dargeboten wird. Personen, die diese Abschwächung erleben, zeigen sie auch — und zwar für dieselben Farben — im gewöhnlichen Sehen, aber erst bei größerer Seitlichkeit der Darbietung. Es zeigt sich also auch hier, daß Gesetzmäßigkeiten der Wahrnehmung im Anschauungsbilde gesteigert sind. Wahrscheinlich beruht auch die gewöhnliche periphere Farbenblindheit auf Induktionswirkung. —

Die psychische Leistungsfähigkeit bei wechselnder Disposition hat *Antonin Prandtl* (89) in der Weise untersucht, daß er bei den Versuchspersonen an einer Reihe von Vergleichstagen durch Drehen auf dem Drehstuhle Unwohlsein erzeugte und dann erstens die Einprägung und Reproduktion sinnloser Silben verlangte, die der Versuchsperson mit konstanter Wiederholungszahl vorgesagt wurden; zweitens wurden tachistoskopisch Linienfiguren geboten; das Maß für die Leistung bildete die zur fehlerlosen Wiedergabe nötige Zahl der Darbietungen. Drittens wurde mit Hilfe des *Ranschburg*'schen Gedächtnisapparates das unmittelbare Behalten visueller Zeichen (Konsonantenpaare) untersucht. Die Versuchsperson hatte dann bei Vorzeigen der ersten Glieder, das in veränderter Reihenfolge geschah, möglichst rasch die zugehörigen zweiten Glieder zu nennen. In einem vierten Versuche wurden 8 Konsonanten derart zu Paaren vereinigt, daß jeder Konsonant einmal an erste und einmal an zweite Stelle eines Paares zu stehen kam. Die Darbietung der Paare erfolgte wieder mit dem *Ranschburg*'schen Apparat. Bei wiederholter Darbietung des ersten Buchstabens hatte die Versuchsperson wieder möglichst schnell den dazugehörigen zweiten zu nennen und dabei anzugeben, ob die Assoziationen richtig seien oder ob sie im Zweifel sei. Die Reaktionszeiten wurden im dritten und vierten Versuch mit der Stoppuhr gemessen. Endlich hatten die Versuchspersonen nach dem Tempo eines Metronoms sinnlose, aus zwei Konsonanten und einem dazwischen stehenden Vokale bestehende Silben auf lange, schmale Papierstreifen zu schreiben. Sie hatten darauf zu achten, daß jede folgende Silbe mit der vorhergehenden keinen Lautbestandteil gemeinsam hatte. Der Versuch sollte ein Urteil darüber ermöglichen, ob verminderte Arbeitsfähigkeit die Neigung zu Perseverationen erhöht.

Bei den Lernversuchen machte es einen großen Unterschied, ob die Aufgaben bei normalem Befinden eingeprägt und bei Übelbefinden reproduziert wurden oder umgekehrt. Nur im zweiten Falle leidet die Reproduktion merklich entsprechend der Minderleistung beim Lernen; während das Lernen durch Unwohlsein



stark gestört wird, erfolgt die Wiedergabe des fest und sicher Gelernten trotz schlechten Befindens verhältnismäßig gut. Die Reaktionszeiten waren dabei bei gutem und schlechtem Befinden nicht verschieden. Sie sinken natürlich mit dem Zuwachs an Übung. Hand in Hand mit der Verkürzung der Reaktionszeiten nehmen die objektiv richtigen Reproduktionen mit zunehmender Sicherheit der V. p. zu. Bei gutem Befinden wird diese Sicherheit durch längeres Überlegen nicht gestört. Schlechte Tagesdisposition vermindert sie; richtige und subjektiv sichere, rasche Reaktionen kommen in einer gewissen Zahl wohl noch vor; muß sich die Versuchsperson aber längere Zeit besinnen, so bleibt die Antwort immer subjektiv unsicher und ist häufig auch objektiv unrichtig. Perseverationen sind an den Tagen des Unwohlseins nicht häufiger als an Normaltagen; Reime treten häufiger auf, weil die auf ihre Fernhaltung gerichtete Einstellung bei schlechter Disposition weniger fest ist. Verf. ist geneigt, die durch Unwohlsein bedingte Verminderung der Leistungsfähigkeit überhaupt auf ein Nachlassen der Einstellung zurückzuführen. Er versteht unter Einstellung keine bewußte Tätigkeit, sondern eine physiologische Organisation der zentralen Vorgänge, die im Sinne eines Zieles wirkt.

Verf. glaubt, daß auch das Wesen der Ermüdung in einer Verringerung der Einstellung liege. Mit Rücksicht auf seine eigenen Versuchsergebnisse hält er es nicht für erlaubt, auf geringe Ermüdbarkeit der seelischen Fähigkeiten deshalb zu schließen, weil im psychologischen Versuch gewisse einfache Leistungen (Addieren einstelliger Zahlen, Unterscheidung zweier gleichzeitig berührter Hautpunkte, Ausführung einfacher Bewegungen auf Sinnesreize u. dgl. m.) nach längerer geistiger Arbeit nur wenig beeinträchtigt werden. Wahrscheinlich werde durch solche Prüfungsverfahren die eigentliche Leistungsfähigkeit überhaupt nicht getroffen, weil eben durch sie nicht die Intensität der Einstellung untersucht werde, sondern nur ein durch Übung gefestigter, oder von vorne herein leicht von statten gehender psychophysischer Ablauf. Ferner wendet sich *Prandtl* gegen die Ansicht, daß das Ermüdungsgefühl für den Grad der objektiven Ermüdung nur ein unsicherer Maßstab sei; denn eine seiner Versuchspersonen wurde bei 121 Reproduktionen nur viermal, die andere bei 128 nur achtmal von ihrem Sicherheitsgefühl getäuscht. Gegen diese Gleichstellung von Ermüdungsgefühl und Sicherheitsgefühl wird man aber doch Bedenken erheben müssen!

Durch besondere an einer seiner Versuchspersonen ausgeführte Untersuchungen hat *Pr.* endlich noch wahrscheinlich gemacht, daß schlechtes Befinden nicht nur die Einstellung beeinträchtigt, sondern auch die Fähigkeit herabsetzt, das mit gleicher Intensität Aufgenommene und zunächst sicher haftende auf längere Dauer zu behalten. —

Die Gesetze der Assoziationsbildung und des Merkens (Gedächtnisses) sind außerordentlich gut durchgearbeitet und geben dem Arzt für seine Beobachtungen an Kranken einen sehr sicheren Maßstab, für arbeitshygienische und die Ökonomie des Lernens betreffende Maßnahmen einen zuverlässigen Anhaltspunkt. Dagegen ist die Psychologie des Wiedererkennens noch viel weniger ausgebaut. *Hans H. Keller* hat nun im Göttinger psychologischen Institut die einfache Frage untersucht, wie sich gleichzeitig nebeneinander eingeprägtes sinnvolles und sinnloses



Material bezüglich des Wiedererkennens verhält (61). Zu diesem Zweck ließ er unter gleichartigen Bedingungen Reihen von Silbenpaaren einprägen, die aus einsilbigen Wörtern vom Typus „Stock", und aus sinnlosen Silben vom Typus „lap" zusammengestellt waren, und prüfte nach einer bestimmten Zwischenzeit, ob die wieder vorgezeigten Silben als schon dagewesen erkannt wurden oder nicht. Die Einprägung geschah in trochäischem Rhythmus, und es war dafür gesorgt, daß an ebensoviel Versuchstagen die Betonung auf die sinnvollen und auf die sinnlosen Silben fiel. Zahl und Dauer der Darbietung waren bestimmt. Die Reihenfolge sollte möglichst nicht absichtlich eingeprägt und assoziative Hilfen tunlichst vermieden werden. Bei der Prüfung des als dagewesen Erkannten wurden die Reaktionszeiten gemessen; sie erfolgte nach 10 Minuten bzw. nach 24 Stunden.

Zunächst ergab sich das überraschende Ergebnis, daß nach 10 Minuten die sinnlosen Silben bedeutend besser wiedererkannt wurden. Aber 24 Stunden nach der Einprägung wurden im Verhältnis mehr sinnvolle Silben wiedererkannt. Die Aussagen der Versuchspersonen machten es wahrscheinlich, daß die sinnlosen Silben ihren Vorteil beim Wiedererkanntwerden durch größere Aufmerksamkeit gewonnen hatten, und es entstand die Frage, wodurch dieser Vorteil bei der Prüfung nach 24 Stunden verloren ging. Es lag die Vermutung nahe, daß die sinnlosen Silben von der Aufmerksamkeit deshalb bevorzugt wurden, weil es schwieriger schien, sie so einzuprägen, daß sie wiedererkannt werden konnten; die sinnvollen Silben werden ja bei der Darbietung ohne Weiteres als schon bekannt erkannt. *K.* machte nun 336 sinnlose Silben an 8 aufeinanderfolgenden Tagen bekannt und geläufig, indem er sie zu wechselnden Reihen zusammenstellte und jede einzelne im Ganzen 64 mal vorführte. Dann stellte er aus je 10 dieser „vorbekannten', und je 10 unbekannten Silben Reihen zusammen und ließ diese wie früher zu späterer Wiedererkennung einprägen. Es zeigte sich nun nach 10 Minuten ein deutlicher, nach 24 Stunden ein noch viel größerer Vorteil der unbekannten Silben. Den Einfluß der Zeit auf das Wiedererkennen prüfte *K.* nach folgendem Verfahren genauer: Eine Reihe von 20 Silben wurde eingeprägt, 24 Stunden später eine zweite ebensolche Reihe. Nach einer Pause von 5 Minuten wurde die Hälfte der Silben der ersten und zweiten Reihe mit einer gleichen Anzahl neuer Silben wiedergezeigt und nach 24 Stunden die andere Hälfte, dabei wurde festgestellt, wieviele von den älteren und jüngeren Bekanntheiten als dagewesen erkannt wurden. Durch ungleichhäufige Vorführung bei der Einprägung war für möglichst gleiche Bekanntheit gesorgt worden. Bei der ersten Prüfung befanden sich die jungen, erst 5 Minuten alten Bekanntheiten gegenüber den schon 24 Stunden alten im Vorteil, bei der nach 24 Stunden wiederholten Prüfung ergab sich das umgekehrte Ergebnis. Die bei der ersten Prüfung ungefähr gleichstarke Bekanntheit der teils 5 Minuten, teils 24 Stunden vor der Prüfung eingeprägten Silben hatte im Verlaufe weiterer 24 Stunden bei letzteren weniger abgenommen, als bei ersteren. Es gilt also in diesem Punkte für das Wiedererkennen gleichartiges wie für das Gedächtnis. Eine weitere Analogie des Wiedererkennens und der Festigkeit gestifteter Assoziationen fand *K.* darin, daß erneute Einprägung für länger bekannte Silben einen größeren Wert hinsichtlich späterer Wiedererkennbarkeit hat, als für kürzere Zeit bekannte. —



Interessante Einblicke in die Beziehungen zwischen Psyche und Statik hat *Paul Löwy* auf experimentellem Wege gewonnen (75). Unabhängig vom seelischen Leben wird die Statik auf Grund physiologisch-anatomischer Einrichtungen erhalten (Physiostatik). Diese zerebellaren und labyrinthären Apparate werden von der Psyche aus beeinflußt und stehen mit ihr in Wechselwirkung (Psychostatik): Regulierung der Bewegungen durch Aufmerksamkeit, Automatisierung derselben durch Übung, attentionell induzierte Mitbewegungen (optischer Nystagmus, optische Reaktionsbewegungen, Höhenschwindel, hysterische Imitation u. dgl.). Eingehende Mitteilung der Versuchsanordnung und Ergebnisse ist im Rahmen eines kurzen Referates unmöglich. Auf das Original wird nachdrücklich verwiesen. —

Sommer (108) gibt eine Apparatur an zur graphischen Registrierung der von sogen. Medien in spiritistischen Sitzungen ausgeführten Bewegungen. Da sich diese Personen jede wirksame Kontrolle zu verbitten pflegen, scheint die Aussicht, daß sie sich einer registrierenden Versuchsanordnung unterwerfen werden, sehr gering. —

Mit Hilfe des von *Rorschach* eingeführten „Formdeutversuches" hat Hans *Behn-Eschenburg* (5) an Kindern im Alter von 13—15 Jahren hauptsächlich die formalen Eigenschaften der Wahrnehmung und Auffassung, der Intelligenzartung und der Affektivität untersucht. Wirft man auf Papier Farbenklexe und faltet und preßt man dann das Papier zusammen, so entstehen bekanntlich unregelmäßig gestaltete, oft phantastische Figuren. Zehn, auf solche Weise hergestellte Bilder nämlich „schwarze und farbige, leichter und schwerer als Formen zu deutende, leichter und schwerer als bewegte Bilder zu deutende, leichter und schwerer als Ganzes zu erfassende" usw. wurden ausgewählt als Testserie. Sie wurden den 200 Versuchspersonen in bestimmter Verteilung und Aufeinanderfolge mit der Frage vorgelegt: „Was sehen Sie hier, was könnte das sein?" Die Protokolle über die erzielten Ergebnisse wurden nach folgenden Gesichtspunkten aufgenommen: „1. Wie groß ist die Zahl der gegebenen Antworten? Kommen Versager vor und wie viele? 2. Ist die Antwort durch die Form allein bestimmt oder spielen Bewegungs- und Farbmomente hinein? 3. Wird das Bild ganz oder in Teilen und in welchen Teilen erfaßt? 4. Was wird gesehen (inhaltlich)?"

Für die Frage der diagnostischen Brauchbarkeit des ganzen Verfahrens ist es nun von ausschlaggebender Bedeutung, ob den einzelnen Ergebnissen mit Recht ein bestimmter „Symptomwert" beigelegt wird, wie Verf. es tut. Ein Urteil hierüber ist aber leider unmöglich, da Genaueres darüber, wie die Zuordnung bestimmter Ergebnisse zu bestimmten Schlüssen gefunden wurde, nicht gesagt wird. Es wird nur mitgeteilt, daß die Symptomwerte empirisch, teils auf statistischem, teils auf ätiologischem Wege ermittelt seien. Die einzelnen Bewertungen sind sehr interessant. Eine symmetrische Figur wurde z. B. als 2 schaukelnde oder 2 karusselfahrende Bären gedeutet; die Deutung war also außer durch die Form auch durch „ein kinästhetisches Moment" mitbestimmt. Es heißt nun: „Zahlreich sind die kinästhetisch bedingten Deutungen bei Phantasiereichen, Künstlerischveranlagten, Theoretikern, Geistigproduktiven; immer nur bei differenzierteren Intelligenzarten, ferner bei Schizophrenen mit reichlichen Wahnideen, besonders mit systematisierten Wahn-



ideen, dann bei Manischen, Epileptischen, Korsakoffkranken. Spärlich oder gar nicht vorhanden ...... bei Phantasiearmen, Praktischveranlagten, immer nur bei praktisch anpassungsfähigen, aber weniger differenzierten Intelligenzarten, ferner bei allen Schwachbegabten und Schwachsinnigen, dann bei den Unproduktiven und unproduktiv gewordenen Schizophrenen, bei Melancholikern, Paralytikern und Senildementen. Daraus ließ sich entnehmen, daß die kinästhetischen Zuflüsse beim Wahrnehmungsvorgang sich vor allem bei solchen Intelligenzarten finden, die aus ihrer Innerlichkeit heraus produktiv sind, die mehr nach innen als nach außen leben". Oder: häufiges Erfassen einer Tafel als Ganzes drücke stets ein Bedürfnis nach Einheitlichkeit aus; es könne auf kombinativem oder auf abstraktivem Wege zustandekommen (in obigem Beispiel kombinative Ganzantwort: 2 Bären auf einer Schaukel, abstraktive: Schmetterling). Zahlreiche abstraktive Ganzantworten produziere der Abstrakttheoretische, zahlreiche kombinative der Phantasiebegabte. Die Zahl von Detaildeutungen sei der Indikator fürs Praktisch-konkrete. „Farbantworten" werden als Indikatoren der affektiven Momente gewertet u. dgl. m. Den Gruppierungen der Faktoren, denen so Symptomwert zugeschrieben wird, und ihren Korrelationsverhältnissen wird besondere Bedeutung beigelegt. Je mehr z. B. die außer durch die Form auch durch kinästhetische Momente beeinflußten Antworten über die allein durch die Farbe bestimmten überwiegen, „desto mehr ist die Affektivität stabilisiert, gleichmäßig gedämmt und beherrschbar"; je mehr für die Art der Deutungen das Umgekehrte gilt, „desto mehr ist die Affektivität labil, Verstimmungen unterworfen, reizbar, unbeherrscht". Erstere sind „die mehr Insichhineinlebenden", letztere „die mehr nach Außenbetätigung drängenden". Solche „Erlebnistypen" werden nun eingehender gezeichnet und ihre Verwandtschaft zu krankhaften Verfassungen (Psychopathen, Paranoiden, Zwangsneurotikern, Manischen) angedeutet. Neben die Erlebnistypen werden die „Intelligenztypen" gestellt. Eine Versuchsperson besitzt etwa, nach dem Symptomwert der von ihr angestellten Deutungen beurteilt, starke innere Schaffensfähigkeit, Fähigkeit und Neigung zu vereinheitlichenden Gedankengängen, verrät wenig Sinn fürs Praktisch-konkrete, beachtet die kleinsten Details überhaupt nicht. Sie muß ... „ein Mensch sein, der vor allem theoretisch denkt, eine große Fülle von Engrammen besitzt und mit Leichtigkeit mittels gewandter Abstraktionen zu einheitlichen Gedankengebilden gelangt, ein geübtes Denken besitzt, das aber sich nur sehr ungern mit den praktischen Alltäglichkeiten abgibt und dem alle Kleinlichkeit und Kleinarbeit ein Greuel ist, der nach außen sich nicht leicht gibt, wenig Freude hat, affektiv sehr stabil ist und fast nur von dem bewegt wird, was ihn in seinen Problemen beschäftigt, dabei nicht ein Reproduktiver, sondern ein Produktiver, nicht ein Schematiker, sondern ein Theoretiker in philosophischem Sinne".

Man wird psychodiagnostische Schlüsse wie die beispielsweise angeführten, solange man ohne genaue Hinsicht in die zu ihnen führende Methode ist, für sehr weitgehend halten, zu dem Verfahren aber doch das Vertrauen haben dürfen, daß es tatsächlich ein Weg zu wertvollen Aufschlüssen über die Persönlichkeit ist. Von den Ergebnissen, die zu formulieren Verf. sich schon jetzt für berechtigt hält, seien einige der wichtigsten angeführt: Vom 13. zum 14. Jahr tritt bei Knaben eine Zu-



nahme der nach innen, und noch mehr der nach außen gerichteten seelischen Verhaltungsweise, im ganzen also eine Erweiterung des Erlebnistypus ein. Gleichzeitig nehmen die Affekterregbarkeit, Interessefähigkeit, Denkenergie und das Bedürfnis nach vereinheitlichenden Gesichtspunkten zu. Vom 14.—15. Jahr „Vorherrschen phantasie- und affektfeindlicher Tendenzen, intellektuelle Überbetonung des bewußten abstraktiven an Stelle des bisher mehr kombinativen Denkens". Mädchen zeigen im Alter vom 13. zum 14. Jahr gleichfalls Erweiterung des Erlebnistypus, starke Belebung der Affektivität, besonders der egocentrischen Zunahme der Denkenergie; vom 14. zum 15. Lebensjahre Einengung des Erlebnistypus, Abnahme der Affekterregbarkeit, mehr planmäßiges, wenn auch stark aufs Kleine gerichtetes, vorwiegend kombinatives Denken. Der Vergleich von Knaben und Mädchen im Alter von 13 und 14 Jahren zeigt also im allgemeinen schon die bekannten psychologischen Geschlechtsunterschiede. Bei Knaben tritt bereits die Neigung zu abstraktivem Denken hervor, Mädchen bleiben durchschnittlich beim Kombinativen stehen. Bis zum 15. Jahr ist bei letzteren im allgemeinen der dauernde weibliche Zustand erreicht, bei Knaben herrschen „Affektscheu, Affektverdrängung, zugleich Verdrängung introversiver Momente"; das Denken der Knaben wird zu einem abstrakt-grüblerischen, das der Mädchen ein sachlich-konkret kombinatives. Ein Vergleich von Real- und Volksschülern derselben Altersstufen ergibt im Klassendurchschnitt, daß bei Realschülern das geistig geschultere Verhalten stärker vertreten ist; bei Volksschülern sind nur die egocentrische Affektivität und die Neigung zu Opposition durchwegs größer. In einer gewissen Anzahl der untersuchten Fälle wurden Befunde erhoben, wie man sie bei psychopathischen und geisteskranken Erwachsenen findet. —

Wenn man Kranken mit scharf begrenzter Hemianopsie tachistoskopisch gewisse Figuren (Kreislinien, Vollkreise u. dgl.) so darbietet, daß die Mitte der Figur fixiert wird, so sieht ein Teil dieser Versuchspersonen von den dargebotenen Bildern nur soviel, wie ihrer Hemianopsie entsprechend theoretisch zu erwarten ist. Ein anderer Teil dieser Kranken dagegen gibt auch den Abschnitt der dargebotenen Figuren als gesehen an, der bei der gewählten Versuchsanordnung mit blinden Stellen des Gesichtsfeldes in Beziehung steht. Dieses „Sehen" kann undeutlich, aber auch vollkommen deutlich sein. Diese auffallende Tatsache wurde zuerst von *Poppelreuter* (Die psychischen Schädigungen durch Kopfschuß, Bd. I, Leipzig, L. Voß 1917) bekannt gemacht. Er stellte auch schon fest, daß sie häufiger bei Darbietung von Vollfiguren als von Konturenzeichnungen auftritt und daß sie durch übermäßige Größe der dargebotenen Bilder verhindert wird; ferner, daß unregelmäßig gestaltete Figuren nicht ganz gesehen werden. Werden die auf die blinde Hälfte des Gesichtsfeldes fallenden Bildteile irgendwie bezeichnet, so werden diese Kennzeichnungen nicht mitgesehen. Die „totalisierende Gestaltauffassung" beruht eben nicht auf peripher ausgelösten Erregungen, sondern auf zentraler Ergänzung. *Poppelreuter* suchte ihren Grund in vorstellungsmäßigen Vorgängen. *W. Fuchs* hat nun (24) die Tatsachen in ausgedehnten Untersuchungen bestätigt, ist aber zu einer abweichenden Erklärung gekommen.



Die Versuche wurden an Hemianopikern, Hemiamblyopikern und an Normalen durchgeführt.

Ergänzt wurden von den Hemianopikern Vollkreise, Kreisringe, Flächenquadrate (nicht Umrißquadrate!), Ellipsen und Sternfiguren. Die totalisierende Gestaltauffassung fand auch statt, wenn Teile der in die blinde Zone fallenden Figurenabschnitte fehlten. Von einem Kreis konnte z. B. im Extrem eine ganze Hälfte weggelassen wergen, ohne daß der Eindruck, einen ganzen Kreis zu sehen, zerstört wurde; immer aber mußte der „Schwerpunkt der resultierenden Gesamtgestalt" noch in die sehende Gesichtsfeldhälfte fallen, wenn ergänzt werden sollte, sonst kam keine genügende Gestaltanregung zustande. Bis zu einer gewissen oberen Grenze (bei Kreisen 30 cm D) übte die Größe auf die Ergänzung keinen Einfluß.

Von der Geläufigkeit des dargebotenen Gegenstandes hing die Ergänzung nicht ab: das nur teilweise in die sehende Zone fallende Bild eines Hundes, eines Schmetterlings, eines Tinten- und Bierfasses wurde nicht ergänzt, obgleich es sofort erkannt wurde. Wissen und deutliche Vorstellung dessen, was in der blinden Feldhälfte gesehen werden sollte, halfen nichts. Auch vorherige Einprägung des Ganzen mit Hilfe dauernder Betrachtung unter Blickbewegungen war nicht wirksam. Buchstaben und Wörter wurden nicht ergänzt.

Ergänzt werden also nur gewisse symmetrische, einfache Figuren, sofern der wirklich gesehene Teil eine unvollständige Gestalt ist und nach einer Vervollständigung verlangt. Trifft letzteres nicht zu, wie z. B. bei einer nur teilweise gesehenen geraden Linie, so bleibt natürlich die Ergänzung trotz der Einfachheit der Figur aus.

Die ergänzten Teile wichen in ihrem Aussehen, Farbe und Formbestimmtheit von der tatsächlich gesehenen in der Regel nicht ab. Es gibt aber auch Fälle, in denen nur die Form, nicht aber die Farbe ergänzt wird; der ergänzte Teil erscheint dann „matter" oder „dünner".

Wurde die Aufmerksamkeit auf die ergänzten Teile der Figuren gelenkt, z. B. durch die Frage, ob die Vp. die so oder so gelegenen Teile wirklich gesehen habe, oder ob sie genau so beschaffen gewesen seien wie die der anderen Seite, so erfolgte zunächst eine bejahende Antwort. Bald aber wurde angegeben, die eine Seite „nicht genau" gesehen zu haben, sich zu „denken, daß die Figur weitergehe", „nichts Genaues sagen zu können". Endlich wurde die totalisierende Gestaltauffassung unter dem Einfluß der Aufmerksamkeit dauernd zerstört.

Das Experiment gestattet nun den Nachweis, daß auch bei den Hemiamblyopikern ein Teil der Eindrücke auf zentraler Ergänzung beruht. Tachistoskopische Darbietung erweitert das Gesichtsfeld der Hemiamblyopiker nach der erkrankten Seite hin durch Vorgänge, die auf Gestaltanregung zurückgehen. Die Deutlichkeit im überschauten Bereich ist am größten, wenn der Schwerpunkt der dargebotenen Figur noch in die gesunde Zone fällt, von ihr also kräftige Gestaltanregung ausgeht. Zentral exponierte Kreise mit einer lotrechten Sehne in entsprechend weiter Entfernung vom Fixationspunkt erscheinen u. U. als Ganzgestalten, ohne daß die Sehne gesehen wird. Befindet sich die Sehne näher dem Fixationspunkt, so wird sie häufig wahrgenommen. Dann aber sieht Pat. keinen Ganzkreis mehr: Sehne und der wirklich gesehene Teil des Kreisbogens bilden eine neue Gestalt (= D).



Besonders lehrreich für das Verständnis dafür, wie beim Hemiamblyopiker wirkliches Sehen und zentrale Ergänzung nebeneinander bestehen bzw. unmerklich ineinander übergehen, sind die von *Fuchs* genauer untersuchten Verlagerungen der Gesichtseindrücke: in der hemiamblyopischen Gesichtsfeldhälfte werden Einzeleindrücke gegen den Fixationspunkt zu verlagert, und zwar umso stärker, je peripherer die gereizte Netzhautstelle liegt. Figuren, deren Bild zu gleichen Teilen links und rechts vom Fixationspunkt fällt, verhalten sich verschieden: ein so dargebotener Schmetterling schien im hemiamblyopischen Gesichtsfeld nur $^1/_2 - ^1/_3$ so große Flügel zu haben, wie im gesunden; Kreisflächen und Kreisringe von 6—30 cm Durchmesser schienen anfangs im kranken Gesichtsfeld geschrumpft, bald aber wurden sie als richtige Kreise gesehen, dafür aber im Ganzen nach der gesunden Seite zu verlagert. Kreise wurden aber wiederholt auch in voller Gestalt und am richtigen Orte gesehen. Wird eine Gestalt als Ganzes verlagert oder ist ihr in die kranke Gesichtsfeldhälfte fallender Teil geschrumpft, so ist der Gesichtseindruck offenbar durch periphere Erregungen vermittelt. Ist weder Verlagerung noch Schrumpfung nachweisbar, so brauchen deshalb periphere Erregungen der kranken Feldhälfte nicht gefehlt zu haben, da Schrumpfung und Verlagerung durch „Gestaltmomente" kompensiert sein können. Die Figuren können aber auf der kranken Seite auch allein durch die totalisierende Gestaltauffassung ergänzt sein. Handelt es sich um solche ergänzbare Figuren (Kreise, Ellipsen), so kann ein außerhalb ihrer Grenzen in der amblyopischen Gesichtsfeldhälfte gebotener Gegenstand unter geeigneten Bedingungen in sie hinein verlagert werden. Bei nicht ergänzbaren sinnvollen Figuren (Schmetterling u. dgl.) kommt derartiges nie vor: das peripherer gebotene Objekt rückt zwar näher an die äußere Kontur heran, erreicht dieselbe aber niemals. Diese sinnvollen, nicht ergänzbaren Gegenstände sind in der amblyopischen Seite des Gesichtsfeldes natürlich stets wirklich gesehen.

Das gegensätzliche Verhalten der Verlagerung bei gleichzeitiger Darbietung ergänzbarer Figuren einerseits, nicht ergänzbarer andererseits kann auf Grund rein physiologisch-optischer Vorgänge nicht erklärt werden: nach diesen Vorgängen muß die relative Lage der Reize stets richtig zur Auffassung gelangen, so wie es bei Darbietung einer nicht ergänzbaren Figur und eines Objektes außerhalb ihrer peripheren Grenze im amblyopischen Gesichtsfelde der Fall ist. Wird die relative Lage verfälscht, wie bei Verlagerung eines peripherer gebotenen Gegenstandes in die objektiv dem Fixationspunkt nähere Grenze der Figur hinein, so kann der periphere Teil der Figur im amblyopischen Gesichtsfeld nicht wirklich gesehen, sondern nur, wie es auch bei vollkommener Halbblindheit geschieht, zentral ergänzt sein. In diesen Fällen wird, wie die Form, so auch der Ort des Gesichtsbildes durch die in der gesunden Hälfte des Gesichtsfeldes ausgelösten Eindrücke bestimmt: eine Verlagerung tritt demgemäß nicht ein. Der nicht wirklich gesehene, sondern zentral ergänzte Teil eines Kreises, einer Ellipse oder dgl. liegt in einem „zentralen oder inneren Sehfeld". Das in die ergänzbare Figur hineinverlagerte, wirklich gesehene Objekt gehört dem „peripheren äußeren Sehfelde" an. In ihm liegen außer dem nicht ergänzbaren auch die ergänzbaren



Figuren und peripher von ihnen gebotene Objekte, wenn letztere keine Verlagerung in die Figur hinein erfahren.

Kommt es zur totalisierenden Gestaltauffassung nun durch die Wirkung von Vorstellungen, bzw. Residuen, so wie *Poppelreuter* es angenommen hatte? Der Ausfall der bisher erörterten Versuche, insbes. der Umstand, daß sehr geläufige komplizierte Figuren, wie Fisch, Fahrrad, Schmetterling der totalisierenden Gestaltauffassung nicht unterliegen, und daß sie auch gegenüber Kreisen, Ellipsen u. dgl. gerade unter dem Einflusse des Wissens um die erscheinende Figur — das doch mit höchster Inbereitschaftsetzung ihres Vorstellungsbildes verbunden sein dürfte — versagt, spricht nicht dafür, daß es sich bei ihr um eine Ergänzung aus der Erinnerung handelt. Um zu einem sicheren Urteil über diese Frage zu kommen, hat Fuchs nun 1. zuerst tachistoskospisch gebotene Punktfiguren durch dauernde Betrachtung mit Blickbewegungen einprägen lassen und dann durch erneute tachistoskopische Darbietung festgestellt, daß durch die frisch gestifteten Residuen sich weder eine Erweiterung des Gesichtsfeldes, noch eine totalisierende Gestaltauffassung nach der amblyopischen Seite erzielen läßt; 2. bereits häufig erlebte Objekte, nämlich Buchstaben und Wörter vor und nach nochmaliger Einprägung tachistoskopisch gezeigt und dabei gefunden, daß durch die Einprägung und Inbereitschaftsetzung keine visuelle Ergänzung und keine wirkliche Erweiterung des Gesichtsfeldes nach der amblyopischen Seite erreicht werden kann. Wenn die Buchstaben innerhalb von Kreislinien oder Kreisflächen geboten wurden, so wurde zwar jedesmal der Kreis vollständig gesehen, die durch die Umrahmung bedingte passive Aufmerksamkeit oder die, durch Aufforderung, auf die im amblyopischen Feld auftauchenden Eindrücke zu achten wachgerufene aktive Aufmerksamkeit konnten jedoch eine Erweiterung des Sehfeldes nach der kranken Seite hin nicht erzielen; 3. gleichartige Versuche mit geläufigen sinnvollen Bildern (Schmetterling, Fahrrad, Gesicht usw.) angestellt und dabei das gleiche negative Ergebnis gehabt. Er lehnt daher eine Erklärung der totalisierenden Gestaltauffassung als „vorstellungsmäßige Ergänzung" ab und nimmt an, „daß der von dem zur Ergänzung ausreichenden Teil durch periphere Leitung vermittelte Erregungsvorgang den Gesamtgestaltprozeß auslöst". Die objektive Tatsache, daß der wirklich gesehene Teil Teil einer Ganzgestalt ist, genügt indes zur Herbeiführung der totalisierenden Gestaltauffassung nicht. Er muß vielmehr als Teil einer Ganzgestalt aufgefaßt werden. Die totalisierende Gestaltauffassung kommt deshalb nur bei gewissen „charakteristischen" und dadurch „zwingenden" Gestalten zustande, deren wirklich gesehener Teil schon „das Gesetz des Ganzen in sich trägt" (*Wertheimer*).

Die kurze Expositionszeit bei der tachistoskopischen Darbietung ist für die zentrale Ergänzung keine unumgängliche Vorbedingung. Totalisierende Gestaltauffassung tritt nämlich unter gewissen Bedingungen auch bei dauernder Betrachtung ein, nämlich an Nachbildern. Fuchs hat sie zwar nicht im Nachbild der von ihm untersuchten Hemianopiker, wohl aber im Nachbild von Hemiamblyopikern festgestellt. Um die theoretische Möglichkeit auszuschließen, daß die Ergänzung im Nachbilde von den peripher ausgelösten physiologischen

Prozessen abhänge — die bei Amblyopikern natürlich vorhanden sind, wenn sie auch nicht zu Gesichtswahrnehmungen führen — wurden Versuche mit Kreisen durchgeführt, von denen ein größerer oder kleinerer Teil im kranken Gesichtsfelde abgedeckt war. Sie ergaben je nach der Größe des abgedeckten Teiles Erweiterung des Gesichtsfeldes nach der kranken Seite oder vollkommene Ergänzung. Um die zu letzterer nötige Gestaltanregung zu geben, muß aber im Nachbild der wirklich gesehene Teil der Kreise viel größer sein, als bei tachistoskopischer Darbietung. Die totalisierende Gestaltauffassung kann im Nachbilde auch dann eintreten, wenn die Versuchsperson im Vorbilde die geradlinige Grenze des abdeckenden schwarzen Papieres gesehen hat; sie kommt aber leichter zustande, wenn im Vorbild die Grenze des fehlenden Segmentes nicht gesehen wurde. Nach früheren Erfahrungen, über die bereits berichtet ist, sieht *F.* den Grund für die Erschwerung der Ergänzung in den Fällen, in denen die Grenze im Vorbild gesehen worden war, nicht in dem Wissen um die objektiven Verhältnisse, sondern in „gestaltlichen Momenten": der gesehene Teil des Kreisbogens und seine gesehene Grenze bilden zusammen eine neue (D-förmige) Gestalt. Verschiedene Färbung der linken und rechten, bzw. oberen und unteren Hälfte der kreisförmigen Vorlage verhindern das Gelingen der totalisierenden Gestaltauffassung nicht. Im Nachbilde erscheinen die Komplementärfarben. Wird in der gesunden Gesichtsfeldhälfte ein Teil des Kreises abgedeckt, so kommt es zufolge dem von *Wertheimer* aufgestellten „Prägnanzgesetzes" im Nachbilde meist zum Auftauchen einer symmetrischen Gestalt, d. h. eines zu beiden Seiten abgeschnittenen Kreises, auch wenn im Vorbild der ganze Kreisbogen in der kranken Feldhälfte gesehen worden ist. Es ist also nicht ein Teil des Bildes zentral ergänzt, sondern vielmehr unterdrückt worden.

Der in vielen dieser Versuche nachgewiesenen Erweiterung des „inneren Sehfeldes" entspricht keine Erweiterung des „äußeren", die dem Fixationspunkt näher gelegenen und noch wirklich gesehenen Objekte werden durch die Erweiterung des inneren Sehfeldes nicht deutlicher. Dies zeigt sich, wenn man auf Kreislinien die gleichgroßen oder größeren Nachbilder von Vollkreisen projizieren läßt oder wenn man das zum Ganzkreis ergänzte Nachbild einer Kreisscheibe auf einer *Snellen*schen Tafel entwerfen läßt. Eine Mischung der Farbe des Nachbildes mit der Farbe des Untergrundes kommt nicht zustande. Nur wenn eine zusammenhängende, aus der gesunden in die amblyopische Gesichtsfeldhälfte hineinragende Gestalt geboten wird, und demnach von dem wirklich gesehenen Teil aus genügend Gestaltanregung gegeben ist, kommt auf der hemiamblyopischen Seite ein Nachbild zustande. Wird z. B. ein Kreis auf der amblyopischen Seite nicht ganz überschaut, so tritt dennoch ein vollkommener Kreis als Nachbild auf. Die Erscheinung kann sowohl durch zentrale Ergänzung als durch Netzhautprozesse, die im gewöhnlichen Sehen keinen Gesichtseindruck ausgelöst hatten, bedingt sein. Nach Betrachtung eines Kreises, von dem auf der amblyopischen Seite ein Segment durch eine andersfarbige, aber nicht gesehene Fläche abgedeckt ist, entsteht ein völlig kreisförmiges Nachbild, das an entsprechender Stelle ein komplementär zur abdeckenden Fläche gefärbtes Segment hat. Hier ist also die Gestalt des Nachbildes zentral ergänzt, seine Farbe im ergänzten Segment aber durch periphere



Erregungen bestimmt. Wird von einem Kreis auf der amblyopischen Seite ein Segment so abgedeckt, daß die Abdeckung nicht gesehen wird, so kann das Nachbild auch ein gleichmäßig gefärbter Ganzkreis sein, demnach Form und Farbe zentral ergänzt werden.

Zwei konzentrische Kreise von einer Größe, daß jeder, für sich allein tachistoskopisch exponiert, zum Ganzkreis ergänzt wurde, wurden bei gleichzeitigem Gegebensein nur dann ergänzt, wenn die Kreislinien als die Grenzen einer Gestalt, eines Kreisringes, aufgefaßt wurden; im gegenteiligen Falle blieb die Ergänzung der äußeren Kreislinie aus; das objektiv gleiche Netzhautbild genügte also nicht um die totalisierende Gestaltauffassung hervorzubringen.

Es gibt nun bei Normalen gewisse Erscheinungen, die den an Hemianopikern und Hemiamblyopikern festgestellten Tatsachen sehr ähnlich sind. Sie treten schon beim gewöhnlichen Sehen auf — nicht nur bei tachistoskopischer Betrachtung und bei dauernder Betrachtung im Nachbild — und betreffen die Eindrücke, durch die der blinde Fleck ausgefüllt wird, sowie die Eindrücke beim Sehen mit der Fovea in der Dämmerung. Die Tatsachen sind ungefähr folgende: Auf gleichmäßig gefärbtem Grunde ist der blinde Fleck nicht sichtbar, der ihm entsprechende Teil des Gesichtsfeldes ist vielmehr von der Farbe der Umgebung ausgefüllt. Beim Blick auf bedrucktes Papier scheint dieser Teil mit Druckschrift ausgefüllt, die man aber nicht lesen kann. Eine durch den blinden Fleck verlaufende gerade Linie wird nicht unterbrochen gesehen. Eine an der Stelle des blinden Fleckes tatsächlich unterbrochene Linie erscheint als ununterbrochen und unverkürzt. Auch eine durch den blinden Fleck ziehende Kreislinie wird ergänzt, eine Kreisfläche, deren Inneres nahezu ganz vom blinden Fleck gedeckt wird, erscheint als ausgefüllte Kreisfläche von der Farbe des nicht gedeckten Randes.

E. H. Weber, *Volkmann*, *Helmholtz* u. a. suchten auch diese Erscheinungen durch einen „reinen Vorstellungsakt“ oder einen „Akt der Einbildungskraft“ zu erklären. *Wittich* dagegen, dem es durch Übung gelang, z. B. das Bild des Kopfes eines Schauspielers auf den blinden Fleck fallen zu lassen und dadurch trotz lebhaftester Vorstellung des Mienenspiels zum Verschwinden zu bringen, und der dann an Stelle des Kopfes dasselbe zu sehen glaubte, was er in der Umgebung des Kopfes tatsächlich sah, leugnet jede Ausfüllung des blinden Fleckes und erklärt die Lückenlosigkeit unserer Gesichtsbilder daraus, „daß sich die den Optikusquerschnitt umgebenden Erregungszustände aneinanderreihen“. Er fand, „daß unter allen Umständen unser Gesichtsfeld . . . nur so viel an Ausdehnung verliert, als der dem Optikuseintritt entsprechende Teil desselben erfordert“.

Nach *W. Fuchs* ist eine Erklärung des Umstandes, daß an Stelle des blinden Fleckes keine Lücke wahrgenommen und im allgemeinen auch keine seiner Größe entsprechende Verkleinerung der Objekte beobachtet wird, nur von gestalttheoretischen Gesichtspunkten aus möglich. „Unter der Wirkung der Gesamtgestalt, die in der Umgebung des Fleckes vorherrscht, wird die Lücke ausgefüllt, so daß an Stelle der Lücke die betreffende Gestalt „nicht anders als in den übrigen Teilen“ erscheint.“ Von einem Kreuz scheint derjenige Schenkel durch den blinden Fleck hindurchzugehen, der



als gesonderte Gestalt sich aufdrängt oder herausgehoben wird, im allgemeinen der horizontale. Wird aber der vertikale Schenkel durch aktives Herausfassen, größere Länge und Breite, aufdringlichere Farbe u. dgl. ausgezeichnet. so scheint er durch die Lücke hindurchzugehen. Ausfüllung mit Druckschrift, die man nicht lesen kann, tritt ein, wenn die bedruckte Fläche als einheitliche Gestalt vom allgemeinen Charakter „bedruckte Fläche" aufgefaßt wird. Ist die Auffassungsweise derart, daß sich helle und dunkle Streifen in bestimmter Anordnung bemerkbar machen, so ist der „Gesamtflächeneindruck" schon von mehr „gespannter Art", die dunklen und hellen Streifen sind der Fläche gegenüber selbständiger. Ein vollständiger Zerfall der Gesamtgestalt der Fläche kommt zustande, wenn man einzelne Wörter oder Buchstaben heraushebt, wie beim Lesen. Eine ähnliche Zerstörung der Gestalt tritt ein, wenn man die Aufmerksamkeit auf die Stelle richtet, deren Bild auf den blinden Fleck fällt: man sieht dann an dieser Stelle nichts von den Gegenständen, die dem blinden Fleck entsprechen.

Die Eindrücke im blinden Fleck sind nach *Fuchs* wiederum durch „charakteristische Gesamtgestaltprozesse" vermittelt. Die Wahrnehmungen bauen sich nach dieser Theorie nicht auf Empfindungen auf, letztere sind vielmehr Produkte der Analyse. Daß „im Wahrnehmungsbilde etwas gesehen wird, dem keine durch den äußeren Reiz vermittelte „Empfindung" entspricht", bereitet dieser Theorie natürlich keine Schwierigkeit. Tatsächlich kann an der Stelle des blinden Fleckes selbst dann noch ein Eindruck zustandekommen, wenn man eine Gestalt aus getrennten Elementen gibt, wie *K. L. Schaefer* gezeigt hat: eine horizontale Reihe kleiner weißer Quadrate auf einer Schiefertafel wurde bei Darbietung in geeignetem Abstand lückenlos gesehen, wenn auch das Bild eines der Quadrate auf den blinden Fleck fiel.

Gleiches wie für den blinden Fleck gilt für das Sehen mit der Fovea in der Dämmerung.

Endlich weist *Fuchs* auf Vorstufen der totalisierenden Gestaltauffassung hin, die sich beim Normalen nicht bloß beim Dämmerungssehen mit der Fovea und im blinden Fleck, sondern beim Sehen mit jedem Teil der übrigen Netzhaut aufzeigen lassen: Gelingt bei der Betrachtung einer geraden, in ihrem Verlaufe unterbrochenen schwarzen Linie auf weißem Grund die Auffassung der beiden Teile der Linie und ihres folgenden Verbindungsstückes als einheitliche gerade Linie, so werden die Teile der Linie miteinander verbunden gesehen; das Innere eines schwarzen Konturenquadrates oder einer anderen einfachen Gestalt auf hellem Grunde erscheint dunkler als die objektiv gleich helle Umgebung, wenn das Quadrat derart als Flächenquadrat aufgefaßt wird, daß die schwarzen Seiten Grenzfunktion nach innen haben; haben sie dagegen Grenzfunktion nach außen, so erscheint die Umgebung etwas vergraut; werden Infeld und Umfeld als einheitlicher Grund aufgefaßt, so unterbleibt die Vergrauung überhaupt.

Wer sich genauer darüber unterrichten will, wie die „Gesamtgestaltprozesse" gedacht werden können, den weise ich hin auf *E. Bechers* scharfsinnigen Aufsatz über „*W. Köhlers* physikalische Theorie der psychologischen Vorgänge, die der Gestaltwahrnehmung zugrunde liegen" (4). *Köhler* geht von der Forderung aus,



daß organisches Geschehen, das höherem psychischen Geschehen unmittelbar entsprechen soll, an den wesentlichen funktionellen Eigenschaften des seelischen Geschehens teilnehme, und folgert daraus, daß solche zentralnervöse Prozesse nicht als Summen einzelner Erregungen, als „Undverbindungen", sondern als einheitliche, gestaltete Gesamtvorgänge zu denken sind. Beim Wahrnehmungsvorgang z. B. bestehen in den Sinnesflächen außer einem „Mosaik von Teilerregungen" durch osmotische Kommunikation der einzelnen erregten Bezirke elektromotorische Kraft und chemisch-molekulare Vorgänge als neue Eigenschaft des erregten Feldes. Die erregten Bezirke bilden zusammen ein „physikalisches System", oder, wie *Köhler* sagt, eine „physikalische Gestalt". Diese physikalische Gestalt im Nervensystem und die entsprechende Wahrnehmungsgestalt haben parallele Eigenschaften. — *Bumke* hatte („Über unbewußtes psychisches Geschehen". Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 56, 1920) gegen die Lehre vom Unbewußten Stellung genommen und dabei ungefähr folgendes ausgeführt: Auch das unbeachtete, nicht in Worte gefaßte, verdrängte und sogar vergessene seelische Geschehen ist nicht ganz unbewußt. Seine Klarheit kann aber so gering werden, daß für unsere innere Wahrnehmung der seelische Zusammenhang zerreißt und in ihm Lücken entstehen. Die physische Kette im Gehirn läuft aber weiter. Neben der Reihe der Bewußtseinserlebnisse und des physischen Geschehens im Gehirn als drittes einen psychischen Zusammenhang zu denken ist unnötig. Die Vertreter der Identitätslehre werden auch für nicht bewußte Gedächtnisspuren etwas den psychischen Parallelvorgängen Ähnliches annehmen, ihnen irgendeine Form psychischer Existenz zuschreiben. Die Reflexe lehren, daß äußere Reize auf dem Wege über das nervöse Zentralorgan wirken können, ohne daß in der kausalen Reihe bewußte Glieder auftreten, die automatischen Handlungen, daß oft geübte Bewegungen ohne Bewußtsein ablaufen können. Das Vorkommen sprachlich nicht formulierter Gedanken macht eine scharfe Unterscheidung zwischen Denken und Fühlen hinfällig. Auf dem Gebiete der Hysterie führt das Arbeiten mit dem Unbewußten dazu, daß hinter der einen Psyche noch eine zweite vorausgesetzt wird. In dieses Unbewußte werden dann Widersprüche im nachweisbaren seelischen Geschehen vertagt. Der Streit um das Unbewußte ist zum Teil eine Frage der Definition der Seele.

Auf diese Ausführungen hat nun *Bleuler* (10) geantwortet. Er bestreitet keineswegs, daß es unklar Bewußtes, Unbemerktes u. dgl. gibt und oft fälschlich als Unbewußtes bezeichnet wird. Wir sehen aber oft Reaktionen, die völlig den Folgen seelischer Erlebnisse gleichen, während doch von solchen Erlebnissen durchaus nichts festzustellen ist. In diesen Fällen müssen wir annehmen, daß das entsprechende seelische Geschehen unbewußt geblieben ist, und die Gesamtheit der unbewußten seelischen Vorgänge nennen wir das Unbewußte. Ohne diese Annahme müßten wir auf eine erklärende Psychologie verzichten. Nur unter der Voraussetzung, daß bewußtes und unbewußtes seelisches Geschehen wesensgleich ist, läßt es sich als geschlossener Zusammenhang denken, als die Seele. Ihr Begriff ist von Vorgängen und Funktionen abzuleiten, etwas „Statisches" ist die Seele nicht. Latente Engramme, Dispositionen u. dgl. haben mit dem Unbewußten nichts



zu tun, nur *Freud* macht keine Unterscheidung. (Hieraus entspringt aber auch z. T. das Anfechtbare in seiner Lehre vom Unbewußten. Der Ref.) Hirnrindenvorgänge, bewußt Psychisches und unbewußt Psychisches sind keine gesonderten „Existenzen". Vielmehr ist das Bewußte dieselbe Sache wie das Materielle der psychischen Abläufe, nur von innen gesehen (Parallelvorgänge). Psychisch ist dieses Geschehen, gleichgültig ob es bewußt wird oder unbewußt bleibt. Was *Bumke* Abreißen der psychischen Kausalität nennt, ist nur eine Lücke in der inneren Wahrnehmung; aber im Leben wie in der Wissenschaft müssen wir die nicht wahrgenommenen seelischen Glieder ergänzen, um zu einer Erklärung des bewußten Geschehens zu kommen und das Ergänzte bezeichnen wir als unbewußte psychische Vorgänge. (Also ist das Unbewußte ein Hilfsbegriff. Der Ref.) Reflexe gehören nicht zur Psyche; darüber, ob man durch Übung automatisch gewordene Handlungen dazu rechnen soll, kann man streiten; sicher gehören nur komplizierte automatische Handlungen, automatisches Schreiben und Sprechen, schizophrene Autismen u. dgl. dazu. Sprachlich nicht formuliertes Denken, das *B.* nicht scharf vom Fühlen trennt, hat mit den Gefühlen im Sinne der Affektivität nichts zu tun; intellektuelles und affektives Geschehen verhält sich zueinander wie Form und Farbe eines Körpers. (Ein solcher Vergleich kennzeichnet nach Ansicht des Ref. den Unterschied zwischen Empfindung und Gefühl, Denken und Fühlen nicht richtig; wesentlich dürfte doch sein, daß Wahrnehmen und Denken Gegenstände als Inhalt haben, in Gefühlen dagegen eine Zuständlichkeit des Ich unmittelbar erlebt wird.) Der Widerspruch zwischen Verfechtern und Gegnern des Unbewußten entspringt tatsächlich aus einer verschiedenen Auffassung über das Verhältnis von Gehirn und Seele. Natürlich haben die Gegner das Recht, die Grundauffassung, die zur Aufstellung des Begriffes geführt hat, zu bekämpfen, sie dürfen aber nicht, ohne sich mit ihr auseinanderzusetzen, gegen Folgerungen aus ihr streiten.

M. E. hat *Bleuler* den Begriff des Unbewußten in einer zum Zwecke einer erklärenden Psychologie nicht nur denknotwendigen, sondern auch unanfechtbaren Weise gefaßt. Bei der Wichtigkeit des Gegenstandes seien die Hauptpunkte noch einmal kurz zusammengefaßt: Den lückenlosen Zusammenhang der Gehirnvorgänge sucht der Physiologe, den des seelischen Geschehens der Psychologe aufzudecken. Letzterer nennt die den seelischen Erscheinungen (Erlebnissen, Handlungen) zugrundeliegenden Vorgänge psychische, gleichgültig ob sie in ihrer Totalität bewußt sind oder nicht. Soweit sie es nicht sind, faßt er sie als das Unbewußte zusammen. Dieser Hilfsbegriff allein gestattet ihm, seelische Erlebnisse zu erklären, die er feststellt, ohne daß er sie in verständlicher Weise aus unmittelbar vorhergehendem seelischen Erleben hervorgehen sieht. Er nimmt also an, daß in solchen Fällen der psychische Vorgang ohne einen Bewußtseinsreflex zu finden weitergegangen ist und so gewirkt hat, als ob er in seinem ganzen Verlaufe bewußt gewesen wäre. Ein Grund zu der Annahme, daß der psychische Vorgang, der teilweise unbewußt blieb, in seiner Art ein anderer ist, als der zum gleichen Ergebnis führende, aber bewußte Vorgang, liegt nicht vor. Er mag in seiner Stärke geringer sein. Was wirkt, ist stets nur der Vorgang, mag er bewußt oder unbewußt sein, niemals ein



neben ihm bestehendes Unbewußte. Auch Inhalte und seelische Erlebnisse überhaupt „wirken“ nicht, sondern sie begründen andre seelische Erlebnisse, Urteile, Stellungnahmen und Handlungen. Daß trotz dieses verhältnismäßig einfachen Sachverhaltes der Streit um das Unbewußte nicht zur Ruhe kommen will, findet seinen Hauptgrund zweifellos in der Unklarheit der Grundanschauungen und der oft mystischen Fassung des Begriffes vom Unbewußten. *Freud* z. B. und seine Schule nennen die unbewußt ablaufenden psychischen Vorgänge das „Vorbewußte“; es kann wie bewußte wirken und unter Umständen bewußt werden. Das Unbewußte, einmal Verdrängte, ist dagegen jetzt bewußtseinsunfähig; es ist eine dunkle Macht, die will oder nicht will, überlegt und handelt; ein verborgenes Ich, das mit dem bekannten Alltags-Ich in ununterbrochenem Streite liegt, sich wehrt und rächt. Zuletzt ist auch diese Vorstellung nicht ganz unverständlich, sondern ergibt sich aus einem phantastisch ausgestalteten, gleichwohl notwendigen Seelenbegriff. Das seelische Verhalten jedes individuellen Ich ist ein besonderes, und die Psyche der einzelnen Persönlichkeit muß so gedacht werden, daß aus ihrer besonderen Artung ihre empirisch feststellbaren Äußerungen begreiflich werden. Die ärztliche Wissenschaft genügt dieser Forderung, indem sie verschiedene Begabungen, Anlagen, Temperamente und Dispositionen annimmt. Zur Erklärung der hysterischen Erscheinungen hat es sich als besonders erfolgreich erwiesen, eine ungewöhnliche Neigung zur Bewußtseinsspaltung vorauszusetzen. Mit ihr stehen Vorgänge, die unbewußt ablaufen und für die die Erinnerung fehlt, in engstem Zusammenhang. Andererseits scheinen hysterische Störungen in der Regel einen Sinn zu haben, die Verwirklichung einer Absicht zu sein oder der Erreichung bestimmter Zwecke zu dienen, die meist nicht eingestanden werden, und die Kranke und Ärzte — häufig genug mit Unrecht — als unbewußt bezeichnen. Hier hat dieses Wort demnach eine ganz andere, als die oben dargelegte Bedeutung, indem es im wesentlichen nicht Vorgänge, sondern Inhalte und Erlebnisse meint. *Freud* hat nun durch seinen Begriff vom Unbewußten zwar dem wissenschaftlichen Bedürfnis Rechnung getragen, die Individualseele so zu denken, daß durch ihre Beschaffenheit das individuelle Verhalten erklärbar wird, da es bei ihm eben das leistet, zu dessen Erklärung sonst eine bestimmte, ursprünglich angeborene und im Laufe des Lebens erworbene seelische Verfassung angenommen werden muß. Aber er setzt sich dabei über den Unterschied hinweg, der zwischen dem kausalen Zusammenhang der psychischen Vorgänge und dem Verhältnis solcher Vorgänge zu ihrem Träger oder Substrat besteht, verselbständigt zudem das Unbewußte zu einer Dämonenwelt, so daß man das ganze Gedankengebäude nicht ohne Recht als Mythologie bezeichnet hat. Von der einseitigen Betonung sexueller Triebe, die weniger eine psychologische als eine empirisch-klinische Angelegenheit ist, sei an dieser Stelle nicht weiter gesprochen.

Trotz dieser Ausstellungen bieten die einzelnen Schriften *Freuds* und seiner Anhänger im einzelnen nicht nur viel geistreich Gedachtes, sondern wohl auch richtig Gesehenes. Das Jahr 1921 hat die sechste Auflage der Traumdeutung von *Freud* (21) selbst, gesammelte „klinische Beiträge zur Psychoanalyse“ von *Karl Abraham* (1), von *W. Stekel* zwei Schriften, „Der Wille zum Leben“ und



„Das liebe Ich“ (112, 113) und verschiedenes anderes gebracht. Das Lesen der Werke *Freuds* und vieler Arbeiten seiner Schule ist trotz des inneren Widerspruches häufig wegen der formvollendeten Darstellung ein Genuß.

Eine Illustrierung erfährt die Bedeutung unbewußter seelischer Vorgänge immer wieder durch das Studium der Hypnose, der auch in diesem Berichtsjahre wieder mehrere Arbeiten gewidmet sind. Während sich die Aufsätze von *Buttersack* (13) und *Hattingberg* (32) hauptsächlich mit ihrer praktischen Verwertbarkeit beschäftigen, hat das seit nahezu 20 Jahren rühmlich bekannte kleine Buch von *L. Hirschlaff* über „Hypnotismus und Suggestivtherapie“ (41) auch in seiner dritten Auflage die Vorzüge einer klaren und kritischen Einführung in das Wesen der hypnotischen Erscheinungen und einer besonnenen Anleitung zu ihrer therapeutischen Verwendung bewahrt. Ablehnung dürfte wohl nur des Verf. Lehre von der „Pseudohypnose“ erfahren, die ihrer Entstehung, ihren Merkmalen und ihren Wirkungen nach eben doch eine zwar oberflächliche, aber echte Hypnose darstellt. —

Von den Neuerscheinungen in Buchform möchte ich zwei besonders hervorheben. *Erich Stern* hat in seiner „Angewandten Psychologie“ eine knappe, sehr brauchbare Übersicht über die Methoden und Ergebnisse dieses modernen Forschungsgebietes gegeben (114). *Vera Straßer* (115) untersucht auf 569 Seiten die Zusammenhänge und Beziehungen im Seelischen und die Beziehungen der Seele zur Umwelt. Das riesige Gebiet läßt sich natürlich auch in einem sehr umfangreichen Werk nicht erschöpfend behandeln.

---

2. Anstaltswesen und Statistik.

Ref.: O. Snell-Lüneburg.

I. Allgemeines.

1. *Altmann-Gottheiner, Elisabeth* (Mannheim), Die soziale Fürsorge für Geisteskranke in Amerika und Deutschland. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 13/14, S. 81. (S. 39*.)
2. *Ast, Fr.* (Werneck), Der derzeitige Stand der Krankenpflege in den bayerischen Irrenanstalten. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 31/32, S. 193 u. 33/34, S. 202. (S. 39*.)
3. Ausbildung und Prüfungsordnung für das Pflegepersonal der Heil- und Pflegeanstalten des Bezirksverbandes des Reg.-Bez. Cassel. Mit Schlußbemerkung von *Bresler*-Kreuzberg. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 27/28, S. 163.
4. *Barrett, Albert M.* (Ann Arbor Mich.), The State Psychopathic Hospital. The American journ. of insanity. Vol. 77, no. 3, p. 309.
5. *Baumann, Friedr.* und *O. Rein* (Landsberg a. Warthe), Zur Reform der Irrenfürsorge. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 1, S. 112.



6. *Derselbe* und *Hussels* (Landsberg a. Warthe), Bericht über die diesjährige (1921) Jahresversammlung des Reichsverbandes beamteter deutscher Irrenärzte. Psych.-neurol. Wsch. Nr. 11/12, S. 65.

7. *Bertolani del Rio* (Reggio-Emilia), Primo quadrimestre di funzionamento della Colonia-scuola „Antonio Marro". Rivista speriment. di freniatria, vol. 45, fasc. 3—4.

8. *Blachian* (Haar b. München), Referat über den derzeitigen Stand der Krankenpflege in Irrenanstalten, erstattet auf Grund einer Rundfrage bei den bayer. Kreis-Heil- u. Pflegeanstalten. Vortrag, Ver. bayer. Psychiater, München Juli 1921 (Korreferent *Ast*-Werneck). Eigenbericht: Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Nr. 27, No. 1, S. 62. Siehe auch: Psych.-neurol. Wschr. Nr. 29/30, S. 157. (S. 39*.)

9. *Böttcher*, *W*. (Leipzig), Die Rechtsverhältnisse bezüglich sexualer Vorkommnisse bei der Verwendung weiblichen Personals zur Pflege auf den Mannesabteilungen öffentlicher Irrenanstalten. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 76, H. 3, S. 369.

10. *Bresler*, *Joh.* (Kreuzburg, Schl.), Sparsamkeit in Irrenanstalten. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 1/2, S. 1.

11. *Derselbe*, Gegenwärtiger Stand der Familienpflege. (Zusammenstellung nach eingesandten Mitteilungen.) Psych.-neurol. Wschr. Nr. 5/6, S. 31.

12. *Derselbe*, Beschäftigung von Pfleglingen im Haushalt Angestellter. Psych.-neurol. Wschr. 29/30, S. 183.

13. *Derselbe*, Bäderbehandlung in Irrenanstalten. Veröffentlichung der Auskünfte der Direktionen einer Reihe von Heil- und Pflegeanstalten auf obige Umfrage. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 33/34, S. 202.

14. *Dalmas* et *Vinchon*, Le rôle de l'habitude dans la colonisation familiale des aliénés. Annales méd.-psychol. ann. 79, no. 4.

15. *Dehio* (Colditz), Dr. Hayner im Jahre 1821 über Unterbringung von genesenen Geisteskranken in Familien. Ein Beitrag zur Geschichte der Familienpflege. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 21/22. (S. 39*.)

16. *v. Düring*, *E.* (Steinmühle), Beobachtungen über Ernährung in einer Anstalt während der Notjahre. Münch. med. Wschr Nr. 3, S. 67.

17. *Fleischhauer*, *N.* (Jena), Untersuchungen über Bazillenträger in einer Irrenanstalt. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 2, S. 240.

18. *Friedländer*, *Erich* (Lemgo), Der Achtstundentag in der Kranken-, insbesondere der Irrenpflege. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 47/48, S. 360.

19. *Frus*, *Jaromir*, Gegen eigene psychiatrische Abteilungen in Krankenhäusern. Revue neuropsychopathol. Ann. 18, no. 7. (Tschechisch.)

20. *Gosline*, *Harold J.* (Howard, R. I.), An extension course in psychiatric social work. The American journ. of insanity vol. 77, no. 3, p. 356.

21. *Hallervorden* (Landsberg a. Warthe), Die Heilstätte für Nervenkranke „Haus Schönow". Berl. klin. Wchsr. N. 26, S. 720. (S. 39*.)



22. *Haustein*, Irren- und Idiotenfürsorge in Schweden. Ztschr. f. soz. Hyg. H. 4.
23. *Hermkes*, *K.* (Eickelborn), Die Geisteskrankenfürsorge außerhalb der Anstalten. Ztschr. f. Krankenpfl. u. klin. Ther. Jahrg. 43, H. 3, Nr. 79.
24. *Jackson*, *J. Allen*, Occupational therapy in mental hospitals. An administrators view point. Med. record vol. 100, no. 6.
25. *Kline*, *George M.* (Boston), What an adequate mental hygiene program involves for the State hospital system. The American journ. of insanity vol. 77, o. 3, p. 329.
26. *Köster*, *Fritz* (Düren), Versuche zur Sanierung der Irrenanstalten bezüglich der Tuberkulose. Vortragsbericht (D. V. f. Psych. Jahresvers. Dresden, April 1921). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 25, H. 8, S. 525.
27. *Laird*, *Donald A.* (Jowa City, Jowa), The State hospital training school for psychiatric nourses. The American med. of insanity vol. 72, no. 4, p. 477.
28. *Derselbe*, The function and functioning of the State hospital training school. Bulletin of State Institutions vol. 23, no. 2, p. 74.
29. *van Lier*, *Joh. L.*, Geisteskranken-Fürsorge. Nederl. Tijdschr. voor geneesk. Bd. 65 (I), Nr. 7, S. 862 (holländisch).
30. *Mingazzini*, *G.* (Roma), Per la responsabilità dei direttori dei manicomi. Nota. Giornale di psich. clin e tecn. manicom. Ann. 49, fasc. 1/2.
31. *Möckel*, *W.* (Wiesloch), Der Einfluß der Unterernährung auf die Sterblichkeit an Tuberkulose in den Irrenanstalten während der Kriegsjahre. Sozialhygienische Mitteilungen H. 4.
32. *Derselbe*, Sozialärztliche und sozialpsychiatrische Tätigkeit an der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch (Baden). Psych.-neurol. Wschr. Nr. 35/36, S. 220. (S. 39*.)
33. *North*, *Emerson A.*, (Cinncinati, Ohio), Medical and administrative management of Ohio's institutions. American journ. of insanity vol. 77, no. 3, p. 451.
34. *Pregowski*, *P.* (Warschau), Zum psychiatrischen Bauwesen, nach einem 1918 gehaltenen Vortrag. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 5—8, S. 27 u. 40.
35. *Prince*, *M. A.*, Note sur la mortalité et la „maladie des oedèmes“ à l'asile de Hoerdt (Bas-Rhin) pendant la guerre. Encéphale no. 9, p. 526.
36. *Read*, *C. Stanford* (Chicago), Familial care of the insane. The American journal of mental sciences. Vol. 67, no. 2/7, p. 186.
37. *Robinson*, *William*, The future of service patients in mental hospitals Journal of mental dis. vol. 67, p. 40.
38. *Rode*, *Margarete* (Kiel), Die Irrenpflegereform an der Kieler Psychiatrischen und Nervenklinik unter Mitwirkung der Berufsorganisation

der Krankenpflegerinnen Deutschlands. Ztschr. f. Krankenpfl. Jahrg. 43, H. 5.

39. *Rouger, Calixte*, Statistique complémentaire. Aliénés admis á l'asile de Limoux en 1920, dont la folie à été declarée imputable à la guerre de 1914/18. Annales méd.-psychol. ann. 79, no. 4.

40. *Sacristan, J. M.* (Madrid), Die Irrenfürsorge in Spanien. Arch. de neurolog. vol. 2, no. 1. (Spanisch.)

41. *Sandy, W. C.* (New York), Extra-institutional activities for mental defectivs in New York State. American journal of psychiatry vol. 1, no. 2, p. 167.

42. *Sánz, E. Fernandez*, Die Reform der spanischen Irrenhäuser. Siglo med. ann. 68, no. 3510, p. 261. (Spanisch.)

43. *Saye, E. B.* (Harrisburg, Pa.), The control of communicativ diseases in psychopathic hospitals. American journal of psych. vol. 1, no. 1, p. 79.

44. *Schnitzter, J. G.*, Die Sorge für unsere Geisteskranken. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. vol. 65 (I), no. 7, p. 869. (Holländisch.)

45. *Spaulding, Edith R.*, The problem of a psychopathic hospital connected with a reformatory institution. Medical record vol. 99, no. 20.

46. *Stuchlik, Jaromir* (Kośice). Psychiatrische Abteilung des Staatskrankenhauses zu Kośice. Veśtnik ministrastve zdravetsictvi. Jahrg. 3, Nr. 4, S. 94—98. (Tschechisch.) (S. 39*.)

47. *Tamburini, Arrigo* (Ancona), L'ergoterapia nel manicomio provinciale di Ancona. Note e riviste di psich. vol. 9, fasc. 1.

48. *Truitt, Ralph P.* (Chicago), Ten years work of the Illinois State Society for mental hygiene. The American journ. of insanity vol. 77, no. 3, p. 343.

49. *Vos, W.* (Maasort), Ein und das andere über „offene Abteilungen". Psych. en neurolog. Bl. no. 3/4. (Holländisch.)

50. *Wagner-Jauregg* (Wien), Die Krankenbewegung in den deutsch-österreichischen Irrenanstalten seit Kriegsbeginn und die Abnahme des Alkoholismus. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 47/48 S. 357.

51. *Weber, L. W.* (Chemnitz), Die Neuorganisation der Städtischen Nervenheilanstalt in Chemnitz und einige Bemerkungen über Nervenabteilungen an öffentlichen Irrenanstalten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 5/6, S. 745.

52. *Derselbe*, Zur fachärztlichen Vertretung bei den Behörden. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 3/4, S. 20. (S. 39*.)

53. *Wigert, Victor* (Stockholm), Über die Tätigkeit des Hilfsbureaus für psychisch Kranke in Stockholm. Hygiea vol. 83, no. 9.

54. *Zingerle, H.* (Graz), Die Entwicklung der Fürsorge für Geisteskranke. Die Füsorge in den Alpenländern Jahrg. 25, S. 12.



Dehio (15) veröffentlicht eine interessante Eingabe *Hayners* aus dem Jahre 1821 an die Obrigkeiten über den Wert der Familienpflege. Leider sei nichts weiteres darüber zu finden, wie sein Vorschlag zur Einführung der Familienpflege bei den sächsischen Anstalten, speziell Waldheim, dessen erster Direktor *Hayner* bekanntlich war, aufgenommen wurde oder ob damals überhaupt ein Versuch zur Verwirklichung des Vorschlages gemacht wurde.

Die umfassenden Darlegungen *Asts* (2) und *Blachians* (8) über den Pflegedienst in den Anstalten sind nutzlos gewesen. Der Achtstunden-Arbeitstag besteht. Ungeheuere finanzielle Belastungen und Schwierigkeiten sind den Landesverwaltungen und den Anstaltsbetrieben aufgebürdet.

Möckel (32) berichtet, daß in Wiesloch im November 1919 anstaltsseitig eine Beratungsstelle für Nervöse und Gemütskranke zur unentgeltlichen Benutzung eingerichtet ist, die von Anfang an regen Zuspruch hatte. Es handelt sich meist um Psychopathen, Neurasthenische und leicht Melancholische (auch viele Kinder und Jugendliche), die ambulant behandelt oder zur sonstigen ärztlichen Behandlung an die zuständigen Kliniken überwiesen werden. Die Anstaltsleitung erwartet, daß mit dem Ausbau der Familienpflege der Zuspruch dauernd rege bleibt. — Der Hilfsverein für Geisteskranke soll ebenfalls neu ausgebaut werden. Somit erfährt das sozialärztliche und sozialpsychiatrische Wirken der Wieslocher Anstalt in der Tat eine wertvolle Bereicherung.

Hallervorden (21) berichtet über die Schließung der Heilstätte „Haus Schönow“ in Zehlendorf-Berlin. Sie hatte den Zweck, weniger bemittelten Nervenkranken des Mittelstandes einen weniger kostspieligen Aufenthalt als in den Sanatorien zu bieten. Gegründet wurde die Heilstätte 1899 unter Mithilfe der Behörden, Landesversicherungsanstalten von *Heinr. Laehr*, der den größten Teil des Grundstückes gestiftet hatte. Prof. *Hans Laehr* übernahm die Leitung. Über den regen Verkehr geben die folgenden Zahlen Aufschluß: 1911: Aufn. 788 P. (481 M. 307 Fr.); 1912 = 848 (517 M. 331 Fr.); 1913 = 801 (490 M. 311 Fr.). Geheilt, gebessert entlassen 1911 = 83%, 1912 = 83,6%, 1913 = 87,7%. Während der Kriegsjahre diente die Anstalt als Res.-Lazarett. 1919 wieder Betriebsaufnahme. Schließung infolge der Zeitverhältnisse. Verlegung nach Blankenburg a. Harz.

Weber (52) nimmt gegen die „fachärztliche Vertretung bei den Behörden“ eine ablehnende Haltung ein.

Nach *Altmann-Gottheiner* (1) gewinnt in den Vereinigten Staaten das Bestreben, die soziale Krankenfürsorge für die Irrenpflege nutzbar zu machen, immer mehr an Boden. In New York besteht eine Schule, in der ein Kursus über „soziale Arbeit im Dienste der Irrenpflege“ eingefügt ist, mit der besonderen Aufgabe, die Schülerinnen für den praktischen Dienst an allen solchen Stellen zu befähigen, wo eine aus psychopathischen Gründen entstandene Störung des Verhältnisses zwischen dem Individuum und der Gesellschaft vorliegt“. Auch auf die Irrenanstalten soll sich der Dienst der Sozialbeamtin erstrecken. Verf. glaubt, daß auch in Deutschland sich ein derartiger sozialer Frauenberuf ausbilden läßt, der die Anstaltsärzte entlastet und den Kranken zum Segen gereicht.

Stuchlik (46). Jahresbericht für die Jahre 1919 und 1920. In der theore-



tischen Diskussion zeigt Verf., daß sowohl vom ärztlich-juristischen als auch administrativen Standpunkt, die Existenz oder die Entrichtung großer, einige Hunderte von Patienten zählender psychiatrischer Abteilungen bei allgemeinen Krankenhäusern nicht zu empfehlen ist. Die von Laien und Ärzten in erster Linie angegebene Begründung, daß dadurch die Pat. sozial geschützt werden, da an ihnen der Stempel eines Irrenanstaltsinsassen nicht hängen bleibt, ist nur sehr schwacher Natur: denn die Abteilung, die in abgesondertem Pavillon untergebracht werden muß, gilt dem Volke für ebensolche Irrenanstalt, wie die selbständige Anstalt. Wichtiger ist, daß die Spitalsadministration die verschiedenen Aufgaben der psychiatrischen Abteilung namentlich forensischer und sozialärztlicher Natur nicht bewältigen kann, sodaß daraus — wie in dem Falle der beschriebenen Abteilung — vollständige administrative Selbständigkeit resultieren muß. Die Existenz eines Direktors — Nichtpsychiater — ist nur für den Fortlauf täglicher Tätigkeit hemmend und der psychiatrischen Abteilung zum Nachteil. Und dann ist sowohl die ärztliche als auch die administrative Tätigkeit der psychiatrischen Anstalten so different, daß sie nur ein geschulter Psychiater bewältigen; soll er dann noch einem Nichtpsychiater unterstehen, ist er nicht nur in seiner eigenen Tätigkeit gehemmt, aber auch im allgemeinen für die Psychiater eine gewisse Degradation im Verhältnis zu Spezialisten anderer Gebiete dadurch ausgesprochen. — Auf Grund seiner zweijährigen Erfahrung empfiehlt Verf. die Entrichtung von kleinen Beobachtungsabteilungen mit max. 20—30 Betten. Selbstverständlich auch denen muß ein Fachmann vorstehen. — (Eigenbericht *Stuchlik*-Košice.)

II. Anstaltsberichte.

1. Alsterdorf, Briefe und Bilder. 24. u. 25. Jahrgang 1920 u. 21. Amtlicher Bericht über 1919 u. 20. Prof. Dr. *Kellner*. (S. 46*.)
2. Baden. Statistische Mitteilungen über das Land Baden. Bd. XI, Nr. 3. Zur Statistik der Staatl. Irrenanstalten in Baden in den Jahren 1914/21; herausg. vom Badischen Statistischen Landesamt. (S. 45*.)
3. Bergmannswohl, Unfall-Nervenheilanstaltin Schkeuditz, Bezirk Halle a. S. Bericht für 1920. Leit. Arzt Prof. Dr. *Quensel*. (S. 42*.)
4. Bernische kantonale Irrenanstalten Waldau, Münsingen und Bellelay. Bericht für 1920. (S. 47*.)
5. Breslau. Bericht über die Allgemeinen Krankenhäuser der Stadt Breslau für das Rechnungsjahr 1920 nebst Bericht des Städtischen Gesundheitsamtes. (S. 42*.)

5a. Breslau. Städt. Heil-Anstalt f. Nerven- u. Gemütskranke. Bericht f. 1920. Dir.: Dr. *Hahn*. (S. 42*.)

6. Burghölzli. Zürcherische kantonale Heilanstalt. Bericht für 1920. Dir.: Prof. Dr. *Bleuler*. (S. 48*.)
7. Cery. Rapport annuel des Asiles Cery et de la Rosière. 1920. Dir.: Dr. *Mahaim*. (S. 49*.)



8. **Eichberg** im Rheingau. Bericht für 1920/21. Dir.: Dr. *Wachsmuth*. (S. 44*.)
9. **Ellen-Bremen**, St. Jürgen Asyl. Bericht für 1920. Dir.: Dr. *Delbrück*. (S. 46*.)
10. **Friedmatt-Basel**. Kantonale Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1920. Dir.: Prof. Dr. *Wolff*. (S. 48*.)
11. **Gehlsheim b. Rostock**. Mecklenburg-Schwerinsche Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1920/21. Dir.: Prof. Dr. *Rosenfeld*. (S. 45*.)
12. **Herborn**. Landes-Heil- u. Pflegeanstalt. Bericht für 1920. Dir.: San.-Rat Dr. *R. Snell*. (S. 45.)
13. **Herisau**. Appenzell-Außerrhodische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1920 mit Anhang: Bevölkerungsbewegung in der Anstalt 1916 bis 1920. Dir.: Dr. *A. Koller*. (S. 47*.)
14. **Königsfeldern**. Kantonale Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht für 1920. Dir.: Dr. *Kielholz*. (S. 49*.)
15. **Lewenberg** in Schwerin. Kinderheim. Bericht für 1920/21. Dir.: Dr. *Rust*. (S. 45*.)
16. **Lindenhaus**. Lippische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1920. Dir.: Med.-Rat Dr. *Alter*. (S. 44*.)
17. **Münsterlingen**. Thurgauische Irrenanstalt. Bericht für 1920. Dir.: Dr. *Wille*. (S. 49*.)
18. **Neustadt** i. Holstein. Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1920/21. Dir.: San.-Rat Dr. *Hinrichs*. (S. 43*.)
19. **Preußen**. Die Geisteskranken in den Irrenanstalten Preußens in den Jahren 1917 u. 1918. Aus der Zeitschrift des Statistischen Landesamts, herausgegeb. von dem Präsidenten Dr. *Saenger*, Geh.Oberregierungsrat. 61. Jahrgang. 1921, S. 51. (S. 42*.)
20. **Schleswig-Stadtfeld**. Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1920/21. Dir.: San.-Rat Dr. *Dabelstein*. (S. 43*.)
21. **Schleswig**. Bericht über die Provinzial-Heilanstalt bei Schleswig den Zeitraum von 1870 bis 1920 umfassend. Von Prof. Dr. *Kirchhoff* und San.-Rat Dr. *Dabelstein*. (S. 43*.)
22. **Schleswig (Hesterberg)**. Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt für Geistesschwache. Bericht für 1920/21. Dir.: San.-Rat. Dr. *Zappe*. (S. 43*.)
23. **Sonnenhalde-Riehen**. Evangelische Heilanstalt für weibl. Nerven- und Gemütskranke. Bericht für 1919/20. Leit. Arzt: Dr. *C. Bach*. (S. 48*.)
24. **Steinmühle-Obererlenbach**. Arbeitslehr- und Beobachtungsanstalt. Bericht für 1920/21. Leit. Arzt: Prof. Dr. *v. Düring*. (S. 44*.)
25. **Strecknitz-Lübeck**. Heilanstalt. Bericht für 1919 u. 20. Dir.: Dr. *Wattenberg*. (S. 46*.)
26. **Valeriusplein te Amsterdam**. Psychiatrische en neurologische Kliniek. 1920. Dir.: Prof. Dr. *L. Bouman*. (S. 49*.)



27. Waldhaus-Chur. Kantonale Irren- und Krankenanstalt. Bericht für 1920. Dir.: Dr. *Joerger*. (S. 47*.)
28. Wehnen. Oldenburgische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht für 1920. Dir.: Ober-Med.-Rat Dr. *Brümmer*. (S. 46*.)
29. Westfalen. Bericht über die westfälischen Anstalten für Geisteskranke und Idioten. 1920/21. (S. 44*.)
30. Wil, St. Gallen. Kantonales Asyl. Bericht für 1920. Dir.: Dr. *Schiller*. (S. 48*.)

Nach den statistischen Erhebungen bezüglich der Irrenanstalten Preußens (19) zeigt die Sterblichkeit in den Kriegsjahren folgendes Bild. 1914 stieg die Sterblichkeitsziffer, die sich in den Vorkriegsjahren um 60 pro 1000 bei M. u. Fr. bewegte, auf 68 m. 70 w.; 1915 = 100 m. 82 w., 1916 = 128 m. 104 w.; 1917 = **226** m. **187** w.; 1918 = 181 m. 158 w. pro 1000. Alkoholerkrankungen stellten 1913 noch einen Zugang von fast 5000, 1918 waren es wenig mehr als 600. — Verpflegt wurden in den Anstalten 1917 = 135 573 P. bei einem Zugang von 31,40%; 1918 = 116 166 bei einem Zugang von 34,94%. Trinker waren 1917 = 6,12 m. 1,74% w.; 1918 = 5,71, bzw. 1,32%; Jugendliche 1917 = 9,64 m. 6,11% w.; 1918 = 8,61 bzw. 6,32%.

Breslau, Allg. Krankenhäuser (5). I. Allerheiligenhospital: Anfangsbestand 711 (314 m. 397 w.). Aufnahmen 8815 (3753 m. 5062 w.). Abgang 8888: Entlassen geheilt 47,3%, gebessert 34,6%, ungeheilt 10,2%, gestorben 7,9%. Die einzelnen Abt. hatten durchschnittlich folgende Tages-Belegung: Äußere Abt. Zivilpersonen 183; Innere Abt. A. 96, Innere Abt. B. 88; für Nervenleiden 26; Hautleiden 181; Frauenleiden 109; Ohren- usw. 19; außerdem Militär insges. ca. 50. In der Serolog. Abt. 15 397 Blutuntersuchungen (2550 mehr als im Vorj.). II. Wenzel-Hanke-Krankenhaus: Anfangsbestand 263 (91 m. 172 w.). Aufnahmen 2319 (1045 m. 1274 w.). Abgang 2366: Entlassen geheilt 52,2%, gebessert 24,2%, ungeheilt 10,4%, gestorben 13,2%.

Breslau, Städt. Heilanstalt (5a): Anfangsbestand 176 (69 m. 107 w.). Zugang 626 (344 m. 282 w.). Abgang 609 (329 m. 280 w.). Bleibt Bestand 193 (84 m. 109 w.). Von Zugang litten an einfachen erworbenen Psychosen 173 (68 m. 105 w.), konstitutionellen und angeborenen Psych. 156 (107 m. 49 w.) epilept.-hysterischen Formen 102 (57 m. 45 w.). Alkohol- usw. Psych. 97 (81 m 16 w.), paralyt., senilen u. org. Geisteskrkheiten 139 (80 m. 59 w.). Unklare Fälle 10, nicht geisteskr. 5. Verpflegte Soldaten 56. Unfallstation: Zugänge 90. Poliklinisch beh. 35 m. 64 w. Gestorben insges. 76 (39 m. 37 w.).

Bergmannswohl (3). Aufnahmen 667 (590 m. 77 w.), davon zur Beobachtung 421, zur Behandlung 246, übernommen vom Vorjahre 1 Beobachtungs, 9 Behandlungsfälle. Schlußbestand 41 Behandlungsfälle. Übernommen vom Vorjahre Militärkranke 62, Neuaufnahmen 96. Abgegebene Gutachten über die 1920 beobachteten und behandelten Kr. (636) = 517, nicht begutachtet 119. Von 47 Frischerkrankungen erlangten 30 = 63,83% $^2/_3$ Erwerbsfähigkeit u. mehr, 8 Kr. = 17,02% bis zur Hälfte Erwersfähigkeit, 9 = 19,15% infolge Schwer-



verletzungen unter ½ Erwerbsfähigkeit. Auf Grund wieder zugegangener Akten erfolgten bei 300 Kr. rechtskräftige Entscheidungen in 120 Fällen auf Grund der Schätzungen der Anstalt, 171 durch Entscheidung amtlicher Stellen (RVA. = 3, OVA. 29 + 6 durch Vergleich, 133 durch BG.; 9 Fälle erzielten höhere Renten, von 300 Fällen nur 5 = 1,66% infolge Entscheidung mit wesentlich abweichenden, Schätzungen. z. T. veranlaßt durch Veränderung der Sachlage. — Verpflegungssatz z. Z. der Berichterstattung 18 M.

Schleswig-Stadtfeld (20): Anfangsbestand 890 (413 M. 477 Fr). Zugang 355 (161 M. 194 Fr.). Abgang 313 (146 M. 167 Fr.). Bleibt Bestand 932 (428 M. 504 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 253 (105 M. 148 Fr.), paralytischer 48 (31 M. 17 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 11 (4 M. 7 Fr.). Imbezillität 37 (18 M. 19 Fr.), Idiotie 2 (1 M. 1 Fr.); Alkoholismus 8 M. 1 Fr.; nicht geisteskrank 4 (2 M. 2 Fr.). Unter den Krankheitsursachen Familienanlage bei 161 (54 M. 107 Fr.). Gestorben 126 (67 M. 59 Fr.).

Schleswig (21): Eine Jubiläumsschrift über die dortige Provinzialanstalt, umfassend den Zeitraum von 1870 bis 1920, sich anschließend an den summarischen Bericht über den Zeitraum von 1920 bis 1870. Der Inhalt befaßt sich weniger mit statistischen Angaben, als mit der Geschichte des Ausbaus und der glücklichen Fortentwicklung dieser bedeutenden Anstalt, die in ihrer Anlage und baulichen Anordnung vorbildlich aus einer geschlossenen Irrenanstalt (nach dem System *Esquirols* erbaut) zu einer großzügigen durch nichts beengten offenen Heil- und Pflegeanstalt umgeschaffen ist. Schleswig erfreute sich der Leitung hervorragender administrativer Talente, von denen *Rüppels*, des Nachfolgers *Jessens*, und *Hansens* besonders zu gedenken ist, während *Kirchhoff* und *Dabelstein*, die Leiter in den letzten Jahrzehnten, es sich angelegen sein ließen, im Sinne dieser Männer fortzuwirken. Eine Reihe wissenschaftlicher Arbeiten ist aus dieser Anstalt hervorgegangen, neben den klassischen Veröffentlichungen *Jessens*; davon gibt eine Aufstellung Kunde, die der Jubiläumsschrift angegliedert ist.

Schleswig-Hesterberg (22): Anfangsbestand 343 (198 m. 145 w.). Zugang 69 (37 m. 32 w.). Abgang 29 (16 m. 13 w.). Bleibt Bestand 383 (219 m. 164 w.), in Familienpflege 4. Vom Zugang litten an Idiotie 19 (8 m. 11 w.), Schwachsinn 47 (26 m. 21 w.), Epilepsie, Hysterie, einfacher Seelenstörung je 1 m. 13 Pflegl. unter 6 Jahren. Schulbesuch 60 Kn. 48 Md. Neueinrichtung: Provinzial-Erziehungsheim für Fürsorgezöglinge, belegt mit z. Zt. 44 Kn.

Neustadt i. Holstein (18): Anfangsbestand 541 (228 M. 313 Fr.). Zugang 699 (316 M. 383 Fr.). Abgang 136 (61 M. 75 Fr.). Bleibt Bestand 563 (255 M. 308 Fr.), davon in Familienpflege 17 (5 M. 2 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 65 (27 M. 38 Fr.), paralytischer 12 (9 M. 3 Fr.), Imbezillität, Idiotie, Kretinismus 41 (19 M. 22 Fr.), Epilepsie 7 (2 M. 5 Fr.), Tabes 1 M. Alkoholismus 0. Zur Beobachtung 31 (29 M. 2 Fr.). Entlassen geheilt, gebessert 39 (21 M. 18 Fr.). Gestorben 59 (25 M. 34 Fr.), davon an Tuberkulose 31 (12 M. 19 Fr.). Infolge Umsichgreifens der Tuberkulose bes. Abt. eingerichtet, belegt mit 26 T.verdächtigen Frauen. Desgl. Beobachtungsstation für männl. Fürsorgezöglinge, belegt mit 20 Zögl.

Westfälische Anstalten (29): Krankenbewegung insgesamt, Gesam bestand 5786. Anfangsbestand 4118. Aufnahmen 1668. Abgang 1504. Blei Bestand 4282. Gestorben 352 (gegen 524 im Vorj. bei einem Gesamtbesta von 5678).

Im einzelnen:

	Anfangsbestand	Zugang	Abgang	Bleibt Bestand	Familienpflege	Geheilt, gebess. entlass.	Gestorben	% der Ve pflegte
Marsberg	434	113	123	424	5	79	33	6,03
Lengerich ...	627	114	148	593	68	68	28	3,73
Münster	629	363	388	604	18	175	66	6,65
Eickelborn...	982	367	270	1079	51	122	66	4,89
Aplerbeck ...	480	336	262	554	5	115	74	9,07
Suttrop	905	242	275	872	21	90	77	6,71
Gütersloh....	61	133	38	156	60	21	8	4,12
St. Johannisstift Marsberg	505	74	67	512	—	—	—	5,52

Lindenhaus (16): Anfangsbestand 346 (181 M. 165 Fr.). Zugang 10 (55 M. 54 Fr.). Abgang 98 (50 M. 48 Fr.). Bleibt Bestand 357 (186 M. 171 Fr.). Vom Zugang bei der Aufnahme geisteskrank seit unter 1 Jahr 20, 1—2 Jahre 12 2—6 Jahre 83, 6—10 Jahre 61, mehr als 10 Jahre 47, unbekannte Zeit 122. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 355 (178 M. 177 Fr.), Seelenstörung nach Syphilis 14 M. 2 Fr., Imbezillität, Idiotie 8 M. 17 Fr., Epilepsie 7 M. 6 Fr., Alkoholismus 5 M., Hysterie 2 M. 4 Fr., Neurasthenie 6 M. 4 Fr., Arteriosklerose 12 M. 8 Fr., Gehirnkrankheit 3 M.; nicht geisteskrank 1 M. 1 Fr.; waren zu Geisteskrankheit veranlagt 37,6%, durch Trunksucht 13,4%, zu Syphilis 2,2%; Tuberkulose 5%, vorbestraft 36 M. 20 Fr. = 12,3%, als Trinker bekannt 63 M. 14 Fr. = 16,9%, erkrankt im Anschluß an Militärdienst 55 = 12,1%, tuberkulös 8,3%. Zur Beobachtung gerichtsseitig eingewiesen 6 M. Beurlaubt bzw. entlassen 68, davon erwerbsfähig 7,3%, gebessert arbeitsfähig 51,5%, gebessert 41,2%. Gestorben 25 = 5,6% im Durchschnittsalter von 54 Jahren.

Steinmühle-Obererlenbach (24): Verpflegte Zöglinge 115. Anfangsbestand 62. Zugang 53. Weggang 70. Bleibt Bestand 45. Anderen Anstalten überwiesen 21.

Eichberg (8): Anfangsbestand 417 (181 m. 236 w.). Aufnahmen 257 (130 m. 127 w.). Abgang 206 (76 m. 130 w.). Bleibt Bestand 476 (211 m. 235 w.), in Familienpflege 11 (4 m. 7 w.). Von den Aufnahmen nicht geisteskrank 23 (19 m. 4 w.), krank bis zu 3 Monaten 17 (5 m. 12 w.), über 3—6 Mon. 20 (5 m. 15 w.), über 6 Mon. 142 (76 m. 66 w.), unbekannt 55 (25 m. 30 w.). Litten an einfacher Seelenstörung 171 (64 m. 107 w.), paralytischer 27 (20 m. 7 w.), Imbezillität, Idiotie 10 (8 m. 2 w.), Seelenstörung mit Epilepsie 15 (10 m. 5 w.), hysterischer Seelenstörung 1 w., anderen Krankh. des Nervensystems 5 m., Alkoholismus 1 m.,

1 w., Neurasthenie 1 m., anderen Krankheiten 2 m., nicht geisteskrank 19 m. 4 w. Entlassen genesen 1 m. 2 w., gebessert 23 m. 37 w., ungebessert 62 (15 m. 47 w.), nicht geisteskrank 16 m. 7 w. Gestorben 58 (21 m. 37 w.), davon infolge Tuberkulose 12. Keine Epidemien. Paralysen Zunahme, im Vorj. 14 (10 m. 4 w.), im Berichtsjahre 27 (20 M. 7 Fr.).

Herborn (12): Anfangsbestand 328 (139 M. 199 Fr.). Zugang aus anderen Irrenanstalten und vom Haus 156 M. 287 Fr., aus Krankenhäusern für körperl. Kranke 22 M. 15 Fr., gerichtlich eingeliefert 1 M., insgesamt 481 (179 M. 302 Fr.). Abgang 198 (106 M. 92 Fr.). Bleibt Bestand 621 (212 M. 409 Fr.). Vor der Aufnahme geisteskrank bis zu 3 Mon. 7 M. 6 Fr., seit mehr als 3—6 Monaten 7 M. 31 Fr., mehr als 6 Mon. 165 M. 265 Fr. Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 102 M. 238 Fr., paralytischer 18 M. 14 Fr., Imbezillität, Idiotie 20 M. 24 Fr., Seelenstörung mit Epilepsie 12 M., 17 Fr., hysterischer Seelenstörung 13 M. 7 Fr., Alkoholismus 8 M. 2 Fr. Entlassen genesen, gebessert 34 M. 32 Fr., ungeheilt 55 M. 20 Fr., davon 30 M. nach Hadamar. Die Anstalt Weilmünster ist aufgehoben bzw. als Volkssanatorium eingerichtet, von dort nach Herborn überführt 206 (50 M. 156 Fr.), s. o. Zugang. Gestorben 17 M. 40 Fr.

Über die Krankenbewegung in den staatlichen Irrenanstalten in Baden (2) in den Jahren 1914—21 ist zu lesen, daß vom Juni bis November 1915 die Zahl der Aufgenommenen stark zugenommen hat, mit 409 Kr. im November den höchsten Stand erreichte. In diesen Zeitraum fällt auch die weder vorher noch nachher erreichte Belegungsziffer der staatl. Anstalten mit 4556 Insassen. Im sonstigen hat während der Kriegszeit die Gesamtzahl ständig abgenommen; 31 X. 1919 waren nur noch 3158, d. s. 1248 weniger als z. Z. des Kriegsausbruches in den Anstalten untergebracht. Die Zahl der Sterbefälle nahm ständig zu und stieg 1907 auf 1057. Nach der Statistik von 1920/21 hingegen steigen die Zugänge wieder. Waren 1919 insgesamt 2653 aufgenommen, so stieg die Aufnahmeziffer 1920 auf 3119, 1921 auf 3280, besonders ist das weibl. Geschlecht in der Mehrzahl. Nach der Art der Erkrankungen steht einfache Seelenstörung mit 70% im Vordergrunde. dann Idiotie, Imbezillität, in weiterem Abstande folgen Epilepsie, Paralyse, Hysterie, Alkoholismus.

Gehlsheim (11): Anfangsbestand 228 (115 M. 103 Fr.). Aufnahmen 703 (423 M. 280 Fr.). Abgang 659 (406 M. 253 Fr.). Bleibt Bestand 262 (132 M. 130 Fr.). Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 278 (158 M. 120 Fr.), paralytischer 65 (47 M. 18 Fr.), Seelenstörung mit Epilepsie 28 (18 M. 10 Fr.), Idiotie, Kretinismus 36 (23 M. 13 Fr.), alkohol. Erkr. 41 M., Nervenerkrankungen 703 (423 M. 280 Fr.); nicht geistes- oder nervenkrank 28 (26 M. 2 Fr.). Zur Beobachtung u. gerichtl. Begutachtung 46 M. 11 Fr. a. d. bürgerlichen Bevölkerung, Heer und Marine 7. Unfallfolge- und Invaliditätsbegutachtung 69 M. 15 Fr. Entlassen genesen 82 (47 M. 35 Fr.), gebessert 340 (239 M. 101 Fr.), ungeheilt 237 (120 M. 117 Fr.). Gestorben 70 (23 M. 47 Fr.) = 7,6% des Bestandes.

Lewenberg b. Schwerin (15): Anfangsbestand 240 (139 m. 101 w.). Zugang 44 (26 m. 18 w.). Abgang 40 (25 m. 15 w.). Bleibt Bestand 244 (140 m.



104 w.). Gestorben 15 (9 m. 6 w.), Zahl der Todesfälle gegen das Vorj. (2) erheblich gestiegen; Tuberkulose Todesursache bei 7.

Alsterdorfer Anstalten (1): Anfangsbestand 1919 = 757 (348 m. 409 w.). Zugang 159 (80 m. 79 w.). Abgang 195 (90 m. 105 w.), davon verlegt nach der Prov.-Heilanstalt Holstein (Erziehungsheim 35). Bleibt Bestand 721 (338 m. 383 w.). Zugang 1920 = 165 (97 m. 68 w.). Abgang 167 (63 m. 47 w.), davon verlegt nach Irrenanstalten 17 (10 m. 7 w.). Bleibt Bestand 719 (342 m. 377 w.). Gestorben 1919 = 100 (41 m. 59 w.), 1920 = 62 (28 m. 34 w.). Schulbesuch 119 Kinder in 7 Klassen. Vorstellung geheilter Epileptiker nach einer Kur von 6—10 Jahren (Opium-Brombehandlung).

Ellen-Bremen (9): Anfangsbestand 539 (273 M. 266 Fr.). Zugang 379 (211 M. 168 Fr.). Abgang 365 (195 M. 160 Fr.). Bleibt Bestand 527 (253 M. 274 Fr.). Familienpflege durchschn. Frequenz 90 gegen 98 im Vorj. Vom Zugang litten an Idiotie, Imbezillität 17 (9 M. 8 Fr.), konstitutionellen Formen 18 (15 M. 3 Fr.), davon 4 an moral. Haltlosigkeit, manisch-depress. Irresein 86 (25 M. 61 Fr.), Schizophrenie 57 (33 M. 24 Fr.), Paranoia 1 M. 1 Fr., Hysterie 56 (42 M. 14 Fr.), infekt. u. Erschöpfungspsychosen 8 Fr., Alkoholismus 12 (10 M. 2 Fr.), mit Bromuralismus 1 Fr., Epilepsie 24 (16 M. 8 Fr.), senilen, arterioklerotischen Formen 44 (18 M. 26 Fr.), Paralyse 27 (23 M. 4 Fr.), Taboparalyse 2, Hirnlues 4, multipler Sklerose 2, Alzheimer 1, Paral. agitans 1, Hirntumor u. a. org. Hirnleiden 5, postinfekt. Chorea 1, Halluzinose bei Taubstummheit 1, Basedowpsychose 2, Tuberkulose 2, Vitium cordis 1; nicht geisteskrank 6 (4 M. 2 Fr.). Zur Beobachtung 11,67%, entlassen geheilt 15,49%, gebessert 28,17%, ungeheilt 24,51%, gestorben 20,56% der Verpflegten.

Strecknitz-Lübeck (25): Anfangsbestand 250 (126 M. 124 Fr.). Zugang 219 (14 M. 115 Fr.). Abgang 207 (111 M. 96 Fr.). Bleibt Bestand 253 (130 M. 123 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an Psychosen bei gröberen Hirnerkrankungen 1 M. 3 Fr., Alkoholismus 4 M., Psychosen bei körperl. Erkr. 3 Fr., Lues cerebri, Tabespsychosen 3 Fr., progress. Paralyse 10 M. 4 Fr., senilen, präsenilen Formen 9 M., 8 Fr., Schizophrenie 27 M. 44 Fr., epilept. Psychosen 7 M. 9 Fr., Melancholie 14 Fr. (des Rückbildungsalters 11), man.-depress. Irresein 2 M. 3 Fr., hysterischen Formen 6 M, 6 Fr. Neurasthenie 5 M., 4 Fr., psychopathisch Minderwertige 10 M. 2 Fr., Debilität, Imbezillität 12 M. 4 Fr.; nicht geisteskrank 11 M. 2 Fr. Erheblich erblich belastet 19,29%, durch Trunksucht 11,5% M. 1,7% Fr. Entlassen geheilt 32 (14 M. 18 Fr.), gebessert 62 (23 M. 39 Fr.), ungeheilt 66 (31 M. 35 Fr.). Gestorben 42 (21 M. 21 Fr.) = 6,7% der Verpfl.

Wehnen (28): Anfangsbestand 202 (106 m. 96 w.). Zugang 146 (69 m. 77 w.). Abgang 156 (71 m. 85 w.). Endbestand 192 (104 m. 88 w.). Vom Zugang litten an angeborenenem Schwachsinn 2 w., psychotischen Störungen 11 m., 4 w., Dem. paral. 9 m. 3 w., Epilepsie 5 m. 4 w., Hirnerkrankungen 1 w., -verletzung 2 m., präsenilem 1 m. 4 w., senilem Irresein 7 m. 9 w., manisch-depressivem 9 m. 25 w., endogener Verblödung 14 m. 15 w., Alkoholismus 3 m., infektiösem Irresein 8 m. 8 w., Nervosität 1 w., Zwangsneurose 1 w. Zur Beobachtung 9 m. 11 w. Ent-



lassen geheilt 4,68% vom Bestand, gebessert 11,4%, ungeheilt 9,37%, beobachtet 7,81%. Gestorben 2,95% der Verpflegten. Tuberkuloseerkr. Rückgang auf 3,16% der Verpfl. Grippe 13 m. 10 w. Kr.

Bernische Anstalten (4): I. Waldau. Anfangsbestand 817 (405 M. 12 Fr.). Zugang 217 (102 M. 115 Fr.). Abgang 200 (90 M. 110 Fr.). Bleibt Bestand 834 (417 M. 417 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: Angeborene Störungen bei 11 (7 M. 4 Fr.), konstitutionelle 10 (3 M. 7 Fr.), erworbene einfache Störungen, Verblödungsformen 110 (45 M. 65 Fr.), andere Formen 33 (12 M. 21 Fr.), paralytische, senile, organische Störungen 31 (17 M. 14 Fr.), davon progr. Paralyse 10 M. 2 Fr., epileptische Störungen 4 M. 2 Fr., alk. Intoxikationspsychosen, 14 (12 M. 2 Fr.); nicht geisteskrank 2 M.; Strafrechtl. begutachtet 12 M. 5 Fr. Entlassen genesen 25 (9 M. 16 Fr.). Gestorben 55 (23 M. 32 Fr.) = 6,59% des Gesamtbestandes.

II. Münsingen: Anfangsbestand 801 (395 M. 406 Fr.). Zugang 182 (84 M. 96 Fr.). Abgang 149 (80 M. 69 Fr.). Bleibt Bestand 834 (399 M. 435 Fr.), davon in Familienpflege 29 (9 M. 20 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Störungen 14 (4 M. 10 Fr.), konstitutionellen 21 (3 M. 18 Fr.), erworbenen einfachen Störungen 107 (45 M. 62 Fr.), organischen Störungen 8 (6 M. 2 Fr.), epileptischen 4 (2 M. 2 Fr.), alkohol. u. a. Intoxikationspsychosen 9 (7 M. 2 Fr.), nicht geisteskrank, gerichtl. Untersuchungsfälle 19 (17 M. 2 Fr.). Erbliche Belastung bei 50% der Aufgenommenen. Entlassen geheilt, gebessert 37,9% der Entlassenen. Gestorben 4,2% der Verpflegten.

III. Bellelay: Anfangsstand 320 (126 M. 194 Fr.). Zugang 49 (28 M. 21 Fr.). Abgang 35 (18 M. 17 Fr.). Bleibt Bestand 334 (136 M., 198 Fr.). Vom Zugang litten an Idiotie, Imbezillität, Kret. 16 (8 M. 8 Fr.), konstitutionellen Psychosen 3 M., erworbenen einfachen Psychosen 15 (7 M. 8 Fr.), organischen erworbenen Psych. 10 (6 M. 4 Fr.), epilept. Störungen 5 (4 M. 1 Fr.). Erblichkeit 15 M. 10 Fr., Belastung durch Alkohol 12 M. 7 Fr. Strafrechtlich begutachtet 3, 2 Fälle unerledigt. Entlassen geheilt, gebessert 1 M. 1 Fr. Gestorben 26 (12 M. 14 Fr.) = 7,5% der Verpfl., davon Lungentuberkulose 10 (6 M. 4 Fr.).

Waldhaus-Chur (27): Anfangsbestand 238 (111 M. 127 Fr.). Zugang 114 (56 M. 58 Fr.). Abgang 113 (56 M. 58 Fr.). Bleibt Bestand 239 (111 M. 128 Fr.). Von den aufgenommenen Geisteskranken (111) litten an angeborenen Psychosen 4 M. 4 Fr., einfachen Psychosen 71 (25 M. 44 Fr.), organ. Psychosen 16 (13 M. 3 Fr.), epileptischen 1 M. 1 Fr., Intoxikationspsychosen 14 (10 M. 4 Fr.), nicht geisteskrank (krim. Psychopathen) 1 M. 1 Fr., abgegebene Gutachten 20 (kriminelle 14, zivilrechtl. 6). Entlassen geheilt, gebessert 65 (30 M. 35 Fr.), ungebessert 28 (13 M. 15 Fr.). Gestorben 17 (11 M. 6 Fr.) = 4,9% der Verpfl.

Herisau (13): Anfangsbestand 334 (164 M. 170 Fr.). Zugang 137 (54 M. 83 Fr.) Abgang 158 (69 M. 89 Fr.). Bleibt Bestand 313 (149 M. 164 Fr.). Diagnosen der Aufnahmen: angeborene Psychosen, Idiotie, Imbezillität 2 M. 4 Fr., konstitutionelle 10 M. 5 Fr., erworbene idiopathische Psychosen a) man.-depress. 4 M. 8 Fr., b) Schizophrenie 20 M. 58 Fr., c) andere Formen 2 Fr.; organische Psychosen 10 M. 5 Fr., epilept. 3 M., Intoxikationspsychosen



5 M. 1 Fr. Entlassen, geheilt, gebessert 69% der Entlassenen. — Krankenbewegung in dem letzten Jahrfünft 1916—1920 und letzten Jahrzehnt 1910—1920 im Anhang ausfürlich dargestellt. Kurve des Alters der Aufgenommenen ergibt Maximum in den Altersstufen vom 30.—40. Jahre. 22% der Aufnahmen unter 30 J., 70% unter 50 J. Hauptkrankheitsformen des männl. Geschlechts progr. Paralyse, alkohol. Intoxikationen 1910/20 bei nahezu 10% der aufgen. Männer Alkohol Hauptursache, bei 12% Gelegenheitsursache. Direkt erbliche Belastung bei 56%. — 80% der geheilt, gebessert entlassenen M. vollständig erwerbsfähig. Todesfälle in der Anstalt 18,6% der Entlassungen.

Burghölzli (6): Anfangsbestand 401 (208 M. 193 Fr.). Zugang 782 (482 M. 300 Fr.). Abgang 794 (492 M. 302 Fr.). Bleibt Bestand 389 (198 M. 191 Fr.). Diagnosen der frischen Aufnahmen und nicht geisteskr. 602 (372 M. 230 Fr.): angeborene Psychosen 34 (24 M. 10 Fr.), konstitutionelle Psych. 54 (38 M. 16 Fr.), erworbene idiopathische Psych. a) man.-depr. Formen 16 (3 M. 13 Fr.), b) Verblödungsformen 243 (120 M. 123 Fr.), c) andere Formen 31 (19 M. 12 Fr.); organische Störungen 72 (50 M. 22 Fr., davon progr. Paralyse 18 M. 3 Fr.; epileptische Störungen 14 (10 M. 4 Fr.), Jntoxikationspsychosen 107 (83 M. 24 Fr.); nicht geisteskrank 25 M. 6 Fr., davon strafrechtlich begutachtet 22 M. 4 Fr. Entlassen geheilt 70 (58 M. 12 Fr.). Gestorben 63 (39 M. 24 Fr.). Militärpatienten eingewiesen 53, ambulant begutachtet 51, also total 104, gegen 29 im Vorj. Jn der Psychiatr. Universitätsklinik Gesamt-Frequenz 993, davon neue Patienten 806, Kinder 132; von den Erwachsenen in die Klinik eingewiesen zur Behandlung 4,9%, im Vorj. 6,1%.

Friedmatt-Basel (10): Anfangsbestand 300 (123 M. 177 Fr.). Zugang 235 (110 M. 125 Fr.). Abgang 242 (113 M. 129 Fr.). Bleibt Bestand 293 (120 M. 173 Fr.5. Vom Zugang litten an Kretinismus, Idiotie, Imbezillität 11 (4 M. 7 Fr.), konstitutionellen Psychosen 49 (32 M. 17 Fr.), erworbenen einfachen Psych. 105 (30 M. 75 Fr.), paralyt., senilen Formen 33 (15 M. 18 Fr.), anderen organ. Formen 4 M. 1 Fr., epileptischen 8 (6 M. 2 Fr.) alkohol. 24 (19 M. 5 Fr.). Geheilt, gebessert entlassen 139 (60 M. 79 Fr.), ungebessert 76 (41 M. 35 Fr.). Gestorben 27 (12 M. 15 Fr.).

Sonnenhalde-Riehen (23): Anfangsbestand 41. Anmeldungen 158, Aufnahmen 95, davon erstmalig 81. Entlassen vollständig geheilt, in Genesung begriffen, hochgradig gebessert 19, gebessert 41, ungebessert 23, ohne Heilresultat (zur Beobachtung usw.) 11, gestorben 4. Schlußbestand 38. Von den Ausgetretenen litten an angeborenen u. konstitutionellen Formen 7; erworbenen idiopathischen 76, darunter manisch-depr. Formen 27, Dementia praecox-Gruppe 49; organische Formen 5, Alkoholpsychose 1, Erschöpfungspsychose 1. Erblich belastet durch nächste Angehörige 16, zur Nervosität 41.

Wil (30): Anfangsbestand 819 (392 M. 427 Fr.). Zugang 398 (215 M. 183 Fr.), unter den Aufnahmen 51 (23 M. 28 Fr.) körperl. Kranke und Altersschwache. Abgang 360 (190 M. 170 Fr.). Bleibt Bestand 857 (417 M. 440 Fr.). Krankheitsformen der frischen Aufnahmen 264 (152 M. 112 Fr.) angeborene Psychosen bei 24 (12 M. 12 Fr.), darunter konstit. Psychopathie 10 (8 M. 2 Fr.); erworbene idiopathische Psychosen, manisch.-depr. Formen 83 (39 M. 44 Fr.), andere Formen 5 Fr.; organische Psychosen 71 (41 M. 30 Fr., davon senile Formen 46 (26 M. 20 Fr.); epilept.



Psychosen 10 (9 M. 1 Fr.); Intoxikationspsychosen 35 (29 M. 6 Fr.), überwiegend alkohol. Formen; infektiöses Irresein (Grippepsych., Enceph. leth.) 2 Fr. Erblich belastet 56% M. 50% Fr., Trinker 55 M. 5 Fr. Mit den Strafgesetze im Konflikt 17% M. 4% Fr. Geheilt entlassen 31 (19 M. 12 Fr.). Gestorben 125 (61 M. 64 Fr.) = 10% der Verpflegten.

Münsterlingen (17): Anfangsbestand 437 (165 M. 272 Fr.). Zugang 214 (111 M. 103 Fr.). Abgang 210 (105 M. 105 Fr.). Bleibt Bestand 441 (171 M. 270 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an angeborenen Psychosen 12 (6 M. 6 Fr.), konstitutionellen 20 (10 M. 10 Fr.), erworbenen einfachen Psychosen a) Dem. praecox 116 (44 M. 72 Fr.), b) manisch-depressivem Irresein 3 Fr., anderen Formen 4 M.; an organischen Psychosen 22 (18 M. 4 Fr.), epilept. Störungen 9 (5 M. 4 Fr.), Intoxikationspsychosen 24 (20 M. 4 Fr.), darunter Alkoholdeliranten 22 (in den Vorj. durchschn. 13); nicht geisteskrank 4 M. Entlassen geheilt 8 M. 6 Fr., gebessert 127 (61 M. 67 Fr.). Gestorben 33 (16 M. 17 Fr.).

Königsfelden (14): Anfangsbestand 808 (360 M. 448 Fr.). Zugang 258 (134 M. 124 Fr.). Abgang 258 (136 M. 122 Fr.). Bleibt Bestand 808 (358 M. 450 Fr.) Von den Aufgenommenen litten an Idiotie, Kretinismus 11 M. 7 Fr., konstitutionellen u. a. originären Formen 5 M. 12 Fr.; erworbenen einfachen Störungen 54 M. 84 Fr. organischen (paralyt, -senilen) 10 M. 10 Fr., epileptischen Störungen 8 M. 8 Fr., Intoxikationspsychosen 43 M. 3 Fr. Erbliche Veranlagung bei 196 (105 M. 91 Fr.), Alkoholmißbrauch 45 (44 M. 1 Fr.). Mit den Strafgesetzen in Konflikt 11, davon straffähig 2. Entlassen geheilt 27 M. 4 Fr., gebessert 64 M. 65 Fr., nicht geisteskrank 3. Gestorben 34 M. 47 Fr.

Cery, La Rosière (7): Anfangsbestand 531 (264 M. 267 Fr.). Zugang 431 (242 M. 189 Fr. Abgang 427 (240 M. 187 Fr.), davon verlegt nach la Rosière 70 Fr. Bleibt Bestand 465 (266 M. 199 Fr.). Zugang an Alkoholkranken, erstmalige Aufnahmen 40 M. 3 Fr., Abgang 54 (47 M. 7 Fr.). Vom Zugang litten an Idiotie 29 M. 8 Fr.; konstitutionellen Psychosen 18 M. 12 Fr., einfachen erworbenen 89 M. 129 Fr., organischen 44 M. 27 Fr., epileptischen 11 M. 5 Fr., Alkoholismus u. anderen Intoxikationen 46 M. 6 Fr., waren nicht geisteskrank 5 M. 2 Fr. Entlassen geheilt 58 M. 32 Fr., gebessert 56 M. 47 Fr. Gestorben 45 M. 32 Fr.

Valeriusplein-Amsterdam (26): Aufgenommen 544 (263 m. 281 w.), mehr als im Vorj. 16 P. Unter den Krankheitsformen Paranoia 4, manisch-depressive Formen 143, Psychopathie 52, Alkoholismus 5, Morph. 1, Imbezillität, Idiotie 3, Paralyse 25, juvenile 2, Dementia praecox 46, mit Kompl. 2, Hysterie 38, Arterioskler. cerebri 14, Lues cerebrospin. 11, Chorea 27, Epilepsie 6, Tumor cerebri 11 usw. Entlassen, hergestellt oder gebessert 243 (106 m. 137 w.). Gestorben 29 (14 m. 15 Fr.). Poliklinisch behandelt 572 neue, 127 alte Fälle, Kinderpoliklinik besucht von 57. In den Kollegs wurden gelesen Psychopathologie und allg. Psychologie.



3. Allgemeine Psychiatrie.

Ref.: H. Grimme, Hildesheim.

1. *Abott*, *E. Stanley* (Philadelphia, Penns.), The field of a State society for mental hygiene. The American journ. of insanity. Vol. 77, no. 3 p. 321.
2. *Abderhalden*, *E.* (Halle a. S.), Die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen als diagnostisches Hilfsmittel. Münch. med. Wchr. Nr. 31, S. 973.
3. *Derselbe*, Lehrbuch der physiologischen Chemie, mit Einschluß der physikalischen Chemie der Zellen und Gewebe und des Stoff- und Kraftwechsels des tierischen Organismus. 4. neubearb. Aufl. 2 Bde. 1920 u. 21. Berlin-Wien, Urban & Schwarzenberg.
4. *Adler*, *A.*, Ein psycho-pathologisches Schema. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 9/10, S. 58.
5. *Derselbe*, Über die Einteilung der Psychosen. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 3/4, S. 19.
6. *Aguglia*, *Eugenio* (Catania), Di alcuni riflessi tendinei e cutanei negli alienati di mente. (Riflesso di Brissaud, rifl. Babinski.) Riv. ital. di neuropatol., psich. e elettroterap. Vol. 14, fasc. 4.
7. *Allen*, *Charles*, *Lewis*, Episodic mental states and border-line conditions in psychiatry. California State journal. Vol. 19, no. 4, p. 150.
8. *Apert*, *E.*, La prétendue „érédité par le contraste". Paris méd. Ann. 11, no. 5, p. 1.
9. *Bailey*, *Harriet* (R. N. Bangor-Maine), Nursing mental diseases. New York, Macmillan Press Co. (1920). 175 S.
10. *Barker*, *Lewellys F.*, The classical endocrine syndromes. New York med. journ. Vol. 113, no. 9, p. 353.
11. *Bauer*, *Julius*, Vorlesungen über allgemeine Konstitutions- und Vererbungslehre. Für Studierende und Ärzte. Berlin, J. Springer. 165 S. 36 M.
12. *Bauer*, *K. Heinrich* (Göttingen), Über den Konstitutionsbegriff. Ztschr. f. d. ges. Anatomie, Abt. II. Ztschr. f. Konstitutionslehre. Bd. 8, H. 2. (S. 76.)
13. *Derselbe*, Konstitutionspathologie und Chirurgie. Die Bedeutung der Konstitutionspathologie für das medizinische Denken mit besonderer Berücksichtigung der Chirurgie. Deutsche Ztschr. f. Chir. Bd. 162, H. 3/4.
14. *Baur*, *Erwin*, *Fischer*, *Eugen* und *Fritz Lenz*, Grundriß der menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene. Bd. I. Menschliche Erblichkeitslehre. Bd. II. Menschliche Auslese und Rassenhygiene. München, C. F. Lehmann. 305 u. 251 S. 50 u. 38 M.



15. *Becker, H. W.* (Herborn), Paul Morphy, seine einseitige Begabung und Krankheit. Arch. f. Psych. Bd. 64, H. 1—2, S. 133. (S. 73*.)

16. *Bendy, H.*, Zur operativen Behandlung der Homosexualität. Čas. césk. lék. Jahrg. 60, Vol. 31, S. 469. (Tschechisch). (S. 82*.)

17. *Brennecke* (Hamburg), Kritische Bemerkungen zu der Forderung Bindings und Hoches „der Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens". Psych.-neurol. Wschr. Nr. 1/2 1921. (S. 73*.)

18. *Benninghof, Fr.* (Gießen), Klinische Untersuchungen über die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen im Citratblut Münch. med. Wschr. Nr. 41, S. 1318. (S. 79*.)

19. *Benon, R.*, Aliénation mentale, fonction de la situation familiale. Gaz. des hôp. civ. et mil. Ann. 94, no. 74.

20. *Bérillon*, La métissage, facteur de dégénérescense mentale. Psychol. appliquée. Ann. 2, no. 12.

21. *Bingel, Adolf* (Braunschweig), Erfahrungen mit Enzephalographie. Vortrag, Ges. Deutscher Nervenärzte 11. Jahresvers. Braunschweig Sept. 1921. Bericht: Zentrbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 26, H. 6/7, S. 494.

22. *Blanton, Smiley*, The medical signification of the disorders of speech. Journ of the American med. Ass. vol. 77, no. 5.

23. *Bleuler, E.* (Zürich), Mendelismus in der Medizin. Münch. med. Wschr. Nr. 22, S. 666. (S. 81*.)

24. *Bohn, Wolfgang*, Die Nerven-, Gemüts- u. Geisteskrankheiten. Die Erkennung und Heilung der Erkrankung des gesamten Nervensystems nach dem biologischen Verfahren. 2. durchges. u. verm. Aufl. Leipzig, Curt Ronniger.

25. *Boldrini, Marcelo*, Rassenverschlechternde Kriegseinflüsse in Italien. Semana méd. Ann. 28, no. 4. (Portugies.).

26. *Bolten, G. C.* (Haag), Über eine spezielle Form galvanischer Empfindlichkeit bei „fragilitas ossium". Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 49, H. 3. (S. 79.)

27. *Bond, Earl D.* (West Philadelphia, Pa.), A review of the fife-year period following admission in 111 mental patients. American journ. of insan. vol. 77, no. 3, p. 385.

28. *Bonhoeffer, E.* (Berlin), Psychosen des Kindesalters (Demonstration) Sitzungsber. v. 14. III. 1921. Berl. kl. Wschr. Nr. 33, S. 974.

29. *Bonner, Clarence A.*, Paresis treatment by arsphenamine and mercury. Boston med. and surg. journ. Vol. 185, no. 2.

30. *Borberg, N. C.* (Kopenhagen), Histologische Untersuchungen der endokrinen Drüsen bei Psychosen. Arch. f. Psych. Bd. 63, H. 2/3, S. 391.

31. *Borries, G. V Th.* (Naestved, Dänemark), Kopfnystagmus beim Menschen. Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkde. Bd. 108, H. 1—2, S. 127.



32. *Derselbe*, Beitrag zur Theorie der schnellen Nystagmusphase. Bibl. for laeger, Ann. 113, Augustheft (Dänisch.)
33. *Brabant*, *V. G.*, Nouvelles recherches sur le nystagmus et le sens de l'équilibre. Arch. med. Belges. Ann. 74, no. 4, p. 257.
34. *Brauer*, *Erich*, Die abnehmende Fruchtbarkeit der berufstätigen Frau. Ein Beitrag zur Untersuchung der sozialpsychologischen Seite der Unfruchtbarkeit. „Sexus" Monographien aus dem Instiut für Sexualwissenschaft in Berlin. Bd. III. (S. 83*.)
35. *Brenking*, *H.*, Über die Auffassung und Behandlung Geisteskranker in alten Zeiten. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. ann. 65 (I), no. 23.
36. *Bresler*, *Joh.* (Kreuzburg, Schl.), Der Achtstundenschlaf. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 47/48, S. 363.
37. *Briand*, *Marcel* et *Rouquier*, *A.*, Les psychoses dans l'armée. Arch. de pharm. milit. vol. 74, no. 2 et 3, p. 143 et 215.
38. *Briggs*, *L. Vernon* and *M. B. Hodskins*, Report of neuropsychiatric work at Camp Devens, Mass. New York med. journ. May 18 th. 1921.
39. *Broman*, *J.*, Grundriß der Entwicklungsgeschichte des Menschen. 1. u. 2. Aufl. München u. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 208 Abb. 354 S. 80 M.
40. *Brooks*, *Earl B.*, Significance of unequal pupills. Journ. of American med. Ass. vol. 76, no. 17.
41. *Brown*, *W. Tompson*, A note on psychotherapy in general practice. Lancet vol. 200, no. 3.
42. *Brücke*, *E.* (Innsbruck), Zur Geschichte der intrazentralen Hemmungen. Wien. kl. Wschr. Nr. 3, S. 21.
43. *Brunzlow* u. *Löwenstein*, Über eine Methode zur Bestimmung der wahren Hörfähigkeit und die Unterscheidung der organischen von der psychogenen Schwerhörigkeit und Taubheit. Ztschr. f. Ohrenheilkde. u f. d. Krankh. d. Luftwege. Bd. 81, H. 1 u. 2. (S. 78*.)
44. *Buckley*, *Albert C.*, The present status of the pathology of mental disorders. The American journ. of insan. vol. 77, no. 3, p. 394.
45. *Büchler*, *Paul* (Budapest), Die Untersuchung des vegativen Nervensystems bei Nerven- und Geisteskranken, mit besonderer Berücksichtigung der Dementia praecox und der Dementia paralytica. Orvosi Hetilap. ann. 65, no. 22, p. 191.
46. *Bumke*, *O.* (Breslau), Über Beschwerden nach Lumbalpunktion. Ztschr. f. Chirurg. Jahrg. 48, Nr. 13.
47. *Büscher*, *Julius* (Kiel), Zur Frage der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen. Berl. klin. Wschr. Nr. 14, S. 323. (S. 7
48. *Burr*, *Charles W.* (Philadelphia), The reflexes in early infancy. Americ journ. of dis. of children vol. 21, p. 529.
49. *Buttenwieser*, *E.* (Frankfurt a. M.), Die galvanische Nervenerregbarkeit bei alimentärer Osteopathie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 63, S. 163.



50. *Buzzard, E. Farquhar*, Some aspects of mental hygiene. Proced. of th. R. S. of Med. vol. 14, no. 4, Sect. of psych. p. 1.
51. *Caballero, Juan Garcia*, Wichtigkeit der Syphilis in der Anamnese der Nerven- und Geisteskrankheiten. Rev. med. de Hamburgo ann. 2, no. 3, p. 73.
52. *Charpentier, P. J. L.*, Troubles psychiques et tuberculose. Archiv de méd. et ph. navale vol. 111, no. 1, p. 43.
53. *Christoffel, H.* (Basel), Beziehungen der Psychiatrie zur Medizin. Schweiz. med. Wschr. Nr. 8. (S. 75*.)
54. *Ciampolini, A.*, Esistono malattie mentali professionali? Giorn. di med. ferrov. ann. 1, no. 11, p. 466.
55. *Colin, Henry*, Les séquelles psychiques de la guerre. L'Encéphale ann. 16, no. 1, p. 54.
56. *Derselbe* et *E. Minkowski*, Les consequences de la loi de réformes et pensions du 31. III. 1919 dans le domaine des maladies mentales. Ann. méd.-psychol. ann. 79, no. 3, p. 207. (Vgl. Referat Stier: Ztrlbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 28, H. 10, S. 567.)
57. *Derselbe*, Mental hygiene and prophylaxis in France. The Journal of mental sciences Bd. 67, Nr. 279.
58. *Consiglio, P.* (Roma), Amaestramenti della esperienza neuro-psychiatrica di guerra. — Appunti, voti e proposte. Riv. ital. di neuropatol., psich. et elettroter. vol. 44, fasc. 3.
59. *Cords, Richard* (Köln), Die myostatische Starre der Augen. Klin. Mtsbl. f. Augenheilk. Bd. 66, Nr. 1, S. 1.
60. *Cornell, W. Burgess* (Albany, N. Y.), Group mental hygiene. The Amer. journ. of insan. vol. 77, no. 3, p. 335.
61. *Correns, C.*, Die ersten zwanzig Jahre Mendelscher Vererbungslehre. Festschr. d. Kaiser-Wilhelm-Ges. zur Förderung des Wissens. 1921. S. 42.
62. *Courbon, Paul*, Les séquestrations volontaires et les psychoses de la liberté. Ann. med.-psychol. ann. 70, no. 5, p. 398.
63. *Curschmann, Hans*, Die perniziöse Anämie im Greisenalter. Münch. med. Wschr. Nr. 6, S. 172—174. (S. 79*.)
64. *Damaye, Henri*, Troubles mentaux constitutionnels et troubles mentaux accidentiels. Considérations anatomo-cliniques. Progrès méd. ann. 48, no. 38.
65. *Dawson, Benjamin E.*, Psychiatry. Natural eclect. med. Ass., quart. vol. 12, no. 3.
66. *Deroitte*, Le surménage cérébral et le désequilibre mental dans l'enseignement moyen de Belgique. Scalpel ann. 74, no. 1.
67. *Disqué* (Potsdam), Psychotherapie unter besonderer Berücksichtigung der Hypnose. Therapie d. Gegenw. H. 5.
68. *Dexler, H.*, Tierpsychologie als Naturwissenschaft. Neurol. Ztrbl.-Jg. 40 (Ergänzungsbd.). (S. 75*.)



69. *Döderlein, Gustav* (München), Über die Vererbung von Farbensinnstörungen. Arch. f. Augenheilkde. Bd. 90, H. 1, S. 43.
70. *v. Domarus, A.*, Methodik der Blutuntersuchung. Mit einem Anhang: Zytodynamische Technik. Berlin, Jul. Springer. 489 S. 58 M.
71. *Dreyfus, Georg L.* (Frankfurt a. M.), Isolierte Pupillenstörung und Liquor cerebrospinalis. Jena, G. Fischer. 96 S. 18 M.
72. *Driml, K.*, Über die seelische Hygiene in den Vereinigten Staaten. Čas. zdravetnietve Jhrg. 12, Nr. 6/7, (Tschechisch.) (S. 74*.)
73. *Düring, E. von*, Beobachtungen über Ernährung in einer Anstalt während der Notjahre. Münch. med. Wschr. Nr. 3, S. 67 u. 68. (S. 74*.)
74. *Duse, E.* (Treviso), Tuberculosi e psicosi. Giorn. di psich. clin. e tecn. manicom ann. 48, fasc. 3/4.
75. *Ellis, Havelock*, The play function of sex. Med. review of rev. vol. 27, no. 3, p. 109.
76. *Emmerich* und *Hage*, Winke für die Entnahme und Einsendung von Material zur bakteriologischen, serologischen und histologischen Untersuchung. Berlin, Jul. Springer. 45 S. 9 M.
77. *Ewald, G.*, (Erlangen), Psychiatrisches zur Wünschelrutenfrage. Münch. med. Wschr. Nr. 4, S. 103. (S. 73*.)
78. *Fackenheim* (Kassel), „Pupillenreaktionsmesser". Ein Apparat zur zahlenmäßigen Feststellung der Pupillenreaktionen. Deutsche med. Wschr. Nr. 9, S. 238. (S. 74*.)
79. *Feldmann, S.*, Über Erkrankungsanlässe bei Psychosen. Internat. Ztschr. f. Psychoanalyse Jahrg. 7, H. 2, S. 203.
80. *Fernández, Victorio y Coiña, Antonio*, Die Ethopsychopathien oder Charakterstörungen. Siglo med. ann. 68, no. 3531/32.
81. *Fischer, Ernst*, Das sexuelle Leben in der Kriegsgefangenschaft. Neue Generation Bd. 17, H. 5/6.
82. *Fischer, Oskar* (Prag), Ein neuer zerebraler Symptomenkomplex (isolierter Ausfall der Mimik, Phonation, Mastikation und Deglutition bei erhaltener willkürlicher Innervation des oralen Muskelkomplexes. Medizin. Klin. Nr. 1. (S. 77*.)
83. *Fischer, Heinrich*, Zur Biologie der Degenerationszeichen und der Charakterforschung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 62. (S. 82*.)
84. *Fleischmann, Otto* (Frankfurt a. M.), Kritische Betrachtungen über die Rolle der Zerebrospinalflüsigkeit. (Nach dem Vortrag auf der Naturforscher- u. Ärzte-Versammlung Bad Nauheim, Sept. 1920). Berl. klin. Wschr. Nr. 3, S. 61.
85. *Frankenberg* (Stettin), Psychiatrisches zur Revolution. Sitzungsbericht v. 5. IV. 21. Münch. med. Wschr. Nr. 41, S. 1336.
86. *Frets, G. P.*, Erblichkeit, Korrelation und Regression. Genetica, T 3. S. 1—17. (Holländisch.)
87. *Friedjung, Josef K.* (Wien), Das Milieu der Krankheitsursache des Kindes. Deutsche med. Wschr. Nr. 33, S. 949. (S. 76*.)

88. *Friedländer, Kurt F.*, Die Impotenz des Weibes. „Sexus", Monograph. a. d. Inst. f. Sexualwiss. in Berlin Bd. II. (S. 83*.)

89. *Fuchs, W.* (Emmendingen), Psychiatrisch-erbbiologische Korrelationsphänomenologie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 69, S. 158. (S. 81*.)

90. *Gahagan, H. J.* (Boston, Mass.), The committment and care of the insane. Illinois med. journ. vol. 39, no. 6, p. 500.

91. *Galant, S.* (Rosegg), Diagnose und Fehldiagnose in der Psychiatrie. Schweiz. med. Wschr. Nr. 4.

92. *Gatti, Giovanni* (Venezia), Le anomalie etniche in alienati, criminali e normali, loro significato e leggi di aggruppamento. Studio. Giorn. di psich. clin. e tecn. manicom. Ann. 49, fasc. 1/2, p. 35.

93. *Gehrke* (Hamburg-Eppendorf), Über tonische Konvergenzbewegungen der Pupille und tonische Akkomodation. Neurol. Ztrlbl. Ergzungsbd. S. 93.

94. *Geill, Christian* (Viborg), Nirvanol-Nirvanolcalcium. Ugeskrift f. laeger ann. 83, no. 35.

95. *Georgi, Felix* (Frankfurt a. M.), Beiträge zur Kenntnis des psychogalvanischen Phänomens. Arch. f. Psych. Bd. 62, H. 3, S. 572.

96. *Gerstmann, Josef* u. *Schilder, P.* (Wien), Zur Frage der Katalepsie. Med. Klin. Nr. 7, S. 193.

97. *Dieselben*, Zur Frage der Mikrographie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 67, S. 347.

98. *Gloëll, Werner* (München), Unter welchen Umständen rechtfertigt sich ärztlicherseits die Einleitung eines Abortes und wie stellt sich der Richter zu derselben? (Toxikosen, Neurosen, Psychosen sub. 4, S. 66.) Viertljhrsschr. f. ges. Med. u. öffentl. Sanw. Bd. 62, S. 60 u. 307.

99. *Goldschmidt, R.*, Der Mendelismus. Berlin, Paul Parey. 77 S. 6 M.

100. *Goldstein, Manfred* (Halle a. S.), Das Syndrom der psychischen Schwäche. Berl. klin. Wschr. Nr. 4, S. 75.

101. *Grafe, E.* Über den Einfluß der Affekte auf den Gesamtstoffwechsel. Vortrag, Vers. Südwestd. Neurol. u. Irrenärzte, Baden-Baden, Mai 1921. Bericht: Ztrbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 26, Nr. 2, S. 97.

102. *Grage, Helmuth* (Chemnitz), Ein Fall von isolierter reflektorischer Pupillenstarre. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 73, H. 4/5, S. 627.

103. *Grassmann, Karl* (München), Über Messung und Bewertung abnormen Blutdrucks. Münch. med. Wschr. Nr. 29 S. 921. (S, 79*.)

104. *Derselbe*, Behandlung des abnorm hohen Blutdrucks. Münch. med. Wschr. Nr. 30, S. 951. (S. 79*.)

105. *del Greco* (Aquila), L'„anarcoidismo" del duopo guerra. Riv.-ital. di neuropatol., psich e elettroterep. vol. 14, fasc. 1.



106. *Derselbe*, Sulla „forma mentis" di Salvatore Tommasi. Chieti. Stabilimento arti grafiche. 16 S.
107. *Derselbe*, Sulle „crisi d' animo". Note e riviste di psich. no. 1.
108. *Derselbe*, Intellettualità e carattere. Rivista di psicol ann. 17, no. 2
109. *Derselbe*, Su i margini della clinica: le folle a genesi psichica. Note e riviste di psich. no. 3.
110. *Gregg*, *Donald* (Wellesley, Mass.), Plots in psychiatry. The American journ. of insan. vol. 72, no. 4, p. 517.
111. *Grimm*, *R.* u. *Koster*, *S.*, Etwas über die Medizin in China und Japan; speziell die Versorgung von Geisteskranken. Ned. tijdschr. voor geneesk. ann. 65 (I), no. 23.
112. *Grote*, *Louis R.*, Grundlagen ärztlicher Betrachtung. Einführung in begriffliche und konstitutionspathologische Fragen der Klinik Berlin, J. Springer. 81 S. 18 M.
113. *Grotjahn*, *Alfred*, Die soziale Wertung der Krankheiten. Allgem. med. Ztrlztg. Nr. 1, S. 1.
114. *Derselbe*, Leitsätze zur sozialen und generativen Hygiene. Sozialhygienische Abh. Karlsruhe, C. F. Müller. 36 S. 8,40 M.
115. *Grotjahn*, *Krautwig*, *Pfeiffer*, *Silberstein*, Aufbau, Aufgaben usw. des Gesundheitsamtes. Vorträge, 1. Deutscher Gesundheitsfürsorgetag Berlin, Juni 1921. Vgl. Ztschr. f. soziale Hygiene, Fürsorge und Krankenhauswesen H. 12.
116. *Günther* (Suttrop i. Westf.), Zur Behandlung von Psychosen mit großen Aderlässen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 3, S. 320.
117. *Guillaume*, *A. C.*, Note sur le réflexe abdominal. Cpts. rend. des séances de la Soc. des Biologie. vol. 84, no. 13, p. 646.
118. *Guirand*, *Paul*, Les formes verbales de l'interprétation delirante. Annales méd.-psychol. ann. 79, no. 5.
119. *Gut*, *Walter*, Vom seelischen Gleichgewicht und seine Störungen. Vorträge, gehalten an dem Zürcher Frauenbildungskursus. Im Juli 1920 Zürich. Orell Füßli. 164 S. (S. 76*.)
120. *Haecker*, *Valentin* (Halle a. S.), Allgemeine Vererbungslehre. 3. Aufl. Braunschweig, Vieweg & Sohn. 444 S. 46 M. (S. 80*.)
121. *Hamilton*, *Artur S.*, Graduate training in nervous and mental diseases. The journal of the American med. Ass. vol. 77, no. 9.
122. *Hannes*, *Walter*, Weiterer Beitrag zur Frage der Beziehungen zwischen asphyktischer und schwerer Geburt und nachhaltigen psychischen und nervösen Störungen. Ztrlbl. f. Gynakol. ann. 45, Nr. 29.
123. *Harrington*, *Milton A.* (Wards Island. N. Y.), Belief and mental adjustment. Journ. of nerv. and mental dis. vol. 54, no. 3.
124. *Hedinger*, *E.*, Die Regeneration im Nervensystem. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 9, H. 1.
125. *Hemmeter*, *John C.*, Constitution and the perspections of pathogenesis of to-day. Med. record. vol. 100, no. 6.



126. *Henderson*, *D. K.* (Glasgow), War psychoses — the infectiv exhaustive group. Glasgow med. journal no. 6.

127. *Henriques*, *V.* u. *Lindhard*, *J.* (Kopenhagen), Das Salmon-Kohnstammsche Phänomen. Neurol. Ztrlbl., Ergänzungsbd. S. 30.

128. *Herford*, *Karel*, Psychopathologie des Kindesalters. Habilitationsvortrag. Rev. neuropsychopathol. ann. 18, H. 11/12. (Tschechisch.)

129. *Hesnard*, *A.*, La folie, pensée organique. Essai d'une pathogénie des psychoses fondée sur l'inconscient. Journ. de psychol. norm. et pathol. ann. 18, no. 3, p. 229.

130. *Heyn*, Über Sterbehilfe (Euthanasie). Ztschr. f. Medizinalbeamte No. 14, S. 253 u. 273.

131. *Hildebrandt*, *Kurt*, Norm und Entartung des Menschen. Dresden, Sybillenverlag. 293 S.

132. *Hinrichsen*, *O.* (Basel), Das Wahre in der Dichtung. Sonntagsblatt d. Basler Nachr. v. 3. IV. 1921, Nr. 14.

133. *Derselbe*, Das Verhältnis von „innen" und „außen" in der Psyche. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 65, H. 1/2, S. 86.

134. *Hirsch*, *Paul* (Königsberg i. Pr.), Zur Frage der Kastration des Mannes vom psychiatrischen Standpunkt. Arch. f. Psych. Bd. 64, H. 4, S. 391.

135. *Hirschfeld*, *Magnus* (Berlin), Sexualpathologie, Teil III. Bonn, Marcus & Weber. 341 S. 48,40 M.

136. *Hoch*, *Theodore A.* (Boston), Diagnostic difficulties in the early stages of mental diseases. Archiv of neurol. and psych. vol. 5, no. 3, p. 348.

137. *Hoche*, *A.* (Freiburg i. B.), Über Sprachbildung im Traume. Vortrag, Vers. Südwestd. Neurol. u. Irrenärzte, Baden-Baden, Mai 1921. Eigenbericht: Ztrlbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 26, H. 3/4, S. 175.

138. *Hoefer*, *P. A.* (Charlottenburg), Beitrag zur Diagnostik und therapeutischen Methodik bei Erkrankungen des Zentralnervensystems. Berl. klin. Wschr. Nr. 30 u. 35, S. 835 u. 1029.

139. *Hoffmann*, *Robert A. E.*, Grundlinien der normalen und annormalen seelischen Konstitution. (Versuch einer Typologie.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 66, S. 128.

140. *Derselbe*, Zur Einteilung und Beziehung der Psychopathien. (Nachtrag zu der Arbeit „Grundlinien" in Bd. 66 ders. Ztschr.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 73, H. 4/5, S. 538.

141. *van der Hoop*, *J. H.*, Über die kausalen und verständlichen Zusammenhänge nach Jaspers. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 68 S. 9.

142. *Hübner*, *A. H.* (Bonn), Über gesetzliche Eheverbote und über die psychiatrische Beratung in Ehesachen und bei Adoptionen. Vortr. Psych. V. d. Rheinprovinz, Köln, Juni 1921. Eigenbericht: Ztrbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 27, Nr. 1, S. 57.



143. *Hübotter*, *Franz.*, 3000 Jahre Medizin. Ein geschichtlicher Grundriß umfassend die Zeit von Homer bis zur Gegenwart unter besonderer Berücksichtigung der Zusammenhänge zwischen Medizin und Philosophie. Berlin, O. Rothacker. 535 S.

144. *Hughes*, *Robert* (Stoke on Trent), The psychiatric clinic for children Child vol. 11, no. 12.

145. *Jaensch*, *Walter* (Marburg), Pharmakologische Versuche über die Beziehungen optischer Konstitutionstypen zu den Halluzinationen. Vers. Deutscher Naturforscher u. Ärzte, Sept. 1920. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E. Bd. 23, H. 3, S. 119.

146. *Janet*, *Pierre*, Les oscillations de l'activité mentale. Journ. de psychol. norm. et pathol. ann. 18, no. 2, p. 140.

147. *Jelgersma*, *G.*, Über die Entwicklung der Psychiatrie in den letzten 50 Jahren. Desgl. *Winkler*, der Neurologie von 1870—1920. Psych. en neurolg. Bladen, Extra no. 5. (Holländisch.)

148. *Derselbe*, Praxie und Koordination. Psych. en neurolg. Bl. no. 3/4.

149. *Jellinek*, *K.* (Danzig), Das Weltgeheimnis. Stuttgart, Enke. 70 M. Kritik *Lenz*: Münch. med. Wschr. Nr. 23, S. 712.

150. *Johannsen*, *W.*, Zur Orientierung über einige Grundbegriffe in der modernen Erblichkeitslehre. Hospitalstidende ann. 64, no. 11. (Dänisch.)

151. *de Jong*, *H.* (Amsterdam), Die Hauptgesetze einiger wichtigen körperlichen Erscheinungen beim psychischen Geschehen von Normalen und Geisteskranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 69 S. 61.

152. *Joßmann*, *Paul* (Breslau), Das Problem der Überwertigkeit. Vergleichend-kritischer Überblick über die Geschichte des Problems. Psychologische Analyse der Überwertigkeit als Ergebnis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 64, S. 1.

153. *Just*, *Günther*, Die Weinbergsche Geschwistermethode. Vortragsbericht (Tagung der Erblichkeitsforscher, Berlin, August 1921.) Deutsche med. Wschr. Nr. 35, S. 1043.

154. *Kahler*, *H.* (Wien), Zur Kenntnis der Narkolepsie. Jahrbücher f. Psych. u. Neurol. Bd. 41, H. 1, S. 1.

155. *Karplus*, *J. P.* (Wien), Familienforschung am Zentralnervensystem. Neurol. Ztrlbl., Ergänzungsbd. S. 109. (S. 80*.)

156. *Derselbe*, Variabilität und Vererbung am Zentralnervensystem des Menschen und einiger Säugetiere. (Familienuntersuchungen mit Berücksichtigung von Geschlecht und Entwicklung.) 2. umgearb. u. verm. Aufl. Leipzig, F. Deuticke.

157. *Kastan*, *Max*, Die Beeinflussung der Purostrophanwirkung auf das Froschherz durch den Liquor. Ztschr. f. d. ges. experiment. Medizin Bd. 14, H. 3/4. (S. 78*.)



158. *Derselbe*, Das Verhalten der Lipasen im Blute Geistes- und Nervenkranker während der Zeit der Ernährungsknappheit. Berl. klin. Wschr. Nr. 9, S. 202. (S. 78*.)

159. *Kastner*, *Otto* (Dresden), Sexualität im Kindesalter. Sitzungsbericht v. Febr. 1921: Münch. med. Wschr. Nr. 38, S. 1234.

160. *Kaup* (München), Einwirkung der Kriegsnot auf die Wachstumsverhältnisse der männlichen Jugendlichen. Münch. med. Wschr Nr. 23, S. 693.

161. *Kempf*, *Edward J.*, (Washington), Psychopathology. St. Louis. Mosby Co. 762 S.

162. *Kenworthy*, *Marion E.*, The problem of personality in disease. New York med. journ. vol. 114, Nr. 4.

163. *Kersten*, *Hans*, Ergebnisse zur Frage des elementaren Kampfes. Zeitsch. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie. Bd. 63. (S. 80*.)

164. *Keschner*, *Moses* (New York-Brooklyn), Anormal mental states encountred in a detention prison. Arch. of neurol. and psych. vol. 5 no. 4, p. 382.

165. *Kiewit de Jonge*, *A. J.*, Die Abnahme der psychischen Energie und der Bewustseinshöhe als Ursache des krankhaften Geisteslebens. Psych. en neurolog. Bl., ann. 1921, no. 5/6, S. 423.

166. *Kirchhoff*, *J.*, Die sexuellen Anomalien, ihr Wesen und Entstehen nebst Grundzügen einer Diagnose und Therapie unter besonderer Berücksichtigung der Steinach'schen Forschungen. Frankft a. M. Oswald Quass. 132 S. (S. 83*.)

167. *Kirchhoff*, *Theodor* (Schleswig), Deutsche Irrenärzte. Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens. Berlin. Jul. Springer. 274 S. geb. 96 M. (S. 71*.)

168. *Kiss*, *Josef* (Budapest), Über das Vorbeizeigen bei forziertem Seitwärtsschauen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 65, H. 1/2, S. 15.

169. *Klages*, *Ludwig*, Prinzipien der Charakterologie. 3. unveränd. Aufl. Leipzig. Joh. Ambros. Barth. 93 S. 12 M.

170. *Klein*, *Heinr. Victor* (Wien), Krankheit, Vererbung und Ehe, medizinisch-wissenschaftl. Studie mit besonderer Berücksichtigung des Geschlechtslebens. Wien. Fr. Deuticke. 243 S. 25 M.

171. *Kleist*, *K.* (Frankfurt a. M.), Autochtone Degenerationspsychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 69, S. 1.

172. *Kluge*, *Andreas* (Budapest), Affektveränderungen. Arch. f. Psych., Bd. 64, H. 3, S. 307.

173. *Kogerer*, *Heinr.* (Wien), Beitrag zur Psychologie der Gedächtnisstörungen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 5/6, S. 774.

174. *Kolb*, *Gustav*, Okkultismus. Münch. med. Wochenschr. Nr. 25, S. 779—780. (S. 73*.)

175. *Kollarits*, *Jenö* (Budapest-Davos), Die Störung im psychischen Welt-



gefüge. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 65, H. 3—5, S. 331. (S. 74*.)

176. *Derselbe*, Normalzustand und Ausnahmezustand in der Völkerpsyche. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 66, S. 337. (S. 75*.)

177. *Derselbe*, Der Kernpunkt der osteuropäischen Frage — westliche und östliche Geistesart. Schweizer Monatsh. f. Politik u. Kultur. Bd. 1. S. 103.

178. *Kollibay-Uter, Hanna*, Über die Jahreskurve geistiger Erkrankungen. Inaug.-Diss. Heidelberg u. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 65, H. 3—5, S. 351.

179. *König*, Idiosynkrasie gegen Hühnerei. Berl. klin. Wschr. Nr. 42, S. 1252. (S. 79*.)

180. *Kraepelin, Emil* (München), Einführung in die Psychiatrische Klinik. 4. Aufl. 3 Bände. Leipzig, Ambr. Barth. 252, 306 u. 399 S. (S. 72*.)

181. Derselbe, Über Entwurzelung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 63, S. 1.

182. *Krehl, L.* (Heidelberg), Pathologische Physiologie und Arzt. Dtsche. med. Wschr. Nr. 41, S. 1217.

183. *Krehl* u. *Marchand*, Handbuch der allgemeinen Pathologie. Leipzig. S. Hirzel.

184. *Kretschmer, Ernst* (Tübingen), Der heutige Stand der klinischen Psychiatrie. Deutsche med. Wschr. Nr. 3. (S. 75*.)

185. *Derselbe*, Keine Drüsenfunktions- u. Seelenstörung. Deutsche med. Wschr. Nr. 23. (S. 82*.)

186. *Derselbe*, Über biologische Beziehungen zwischen Schizophrenie, Eunuchoidismus, Homosexualität und moralischem Schwachsinn. (Vortragsbericht (D. V. f. Psych. Jahresvers. Dresden, April 1921; s. a. Eigenbericht: zur Psychopathologie der Keimdrüsen, H. 6, S. 342 ds. Ztschr.): Zentralbl. f. d. g. Neur. u. Psych., Bd. 25, H. 8, S. 497.

187. *Derselbe*, Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten. Berlin, Jul. Springer.

188. *Křivý, M.*, Degenerationsmerkmale der Habsburger. Revue v. neuropsychopathologii. Jahrg. 18, Nr. 3/4, 5/6. (Tschechisch.) (S. 82*.)

189. *Kříženecký, Jar.*, Einige Bemerkungen zu Steinach'schen Verjüngungsversuchen. Revue v. neuropsychopathogii Jahrg. 18, Nr. 1—2; 3—4; 4—5. (Tschechisch.) (S. 82*.)

190. *Kronfeld, Arthur* (Berlin), Eine Bedenklichkeit der „angewandten" Psychiatrie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 65, H. 3—5, S. 364.

191. *Derselbe*, Über psychosexuellen Infantilismus. „Sexus", Monographieen aus dem Institut für Sexualwissenschaft in Berlin. Bd. I. (S. 82*.)



192. *Laehr*, *Hans*, Wohlfahrtsministerium und Psychopathenfürsorge. Dtsche. med. Wschr. Nr. 5. (S. 72*.)

193. *Laird*, *Donald A.* (Jowa City, Jowa), The constitutions of the press to the lay concept of mental illhealth. Med. record 1921, 16. April.

194. *Derselbe*, Subcutaneous sensations. American journ. of psychol. April no.

195. *Derselbe*, Connotations as a factor in the mental health of the community. American journal of psych. vol. 1, no. 1, p. 41.

196. *Landauer*, *Karl* (Frankfurt a. M.), Psychiatrische Betrachtungen bei Grippeschub im Spätwinter 1920. Arch. f. Psych. Bd. 63, H. 2 u. 3, S. 477.

197. *Lazarus*, *Paul* (Berlin), Der Arzt und die Erneuerung des Volkes. Vortrag: Berl. med. Ges., November 1921; Diskussion: Grotjahn, Damaschke; Bericht: Münch. med. Wschr. Nr. 45, S. 1468.

198. *Lempp* (Stuttgart), Die Lebens- und Krankheitsdauer bei Geisteskranken. Arch. f. Psych. Bd. 63, H. 1, S. 273.

199. *Lenz*, *Fritz* (München), Über menschliche Vererbungsforschung. Vortragsbericht (Tagung der Vererbungsforscher, Berlin, Aug. 21). Deutsche med. Wschr. Nr. 35, S. 1043.

200. *Levinsohn*, *Georg*, Augen und Nervensystem. Die Beziehungen des Auges zum normalen und kranken Zerebrospinalsystem. München 1920. C. F. Bergmann. 91 S. 12 M.

201. *Lewis*, *Urban D. C.* (Washington), The pathology of influenza as seen in those with chronic mental disease. Journ. of laborat. and clin-med. vol. 6, no. 10.

202. *L'hermitte*, *J.* (Paris), La rigidité décérébrée; données physiologiques et applications cliniques. Annales de méd. vol. 10, no. 3.

203. *Liebermeister*, *E.*, Gesundheitspflege für Leib und Seele. München. Verlag d. Deutschen Rundschau. 81 S. 20 M.

204. *Lindenthal*, *Hans*, Über Degenerationserscheinungen an Kiefern und Zähnen mit besonderer Berücksichtigung der Beziehungen von Nerven- und Geisteskrankheiten. Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk. Jahrg. 39, H. 9.

205. *Löwy*, *Max* (Prag-Marienbad), Über Wahnbildungen. Vortragsbericht (Verein Deutscher Ärzte in Prag, März 1921): Med. Klinik Nr. 26, S. 797.

206. *Löwy*, *P.* (Wien), Über die Beziehungen des Barany'schen Zeigeversuchs zur Psyche, zur Cortex und zu den subkortikalen Zentren. Vortragsbericht (Verein f. Neurol. u. Psych, Wien, April 1921): Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E. Bd. 23, H. 5, S. 316.

207. *Lord*, *Sidney* (Boston), A note on certain elementary visual hallucinations in the presleep. Archiv of neurol. and psych. vol. 5, no. 2, p. 210.

208. *Lowrey*, *Lawson*, *G.* (Boston), A study of the diagnosis in cases seen



at the psychopathic department of the Boston State Hospital. American journ. of insanity. vol. 72, no. 3, p. 437.

209. *Derselbe*, Notes on psychiatry of 1895 and of 1915. Journ. of neur. and mental dis. vol. 54, no. 2.

210. *Lucka*, *Emil*, Otto Weiniger. Sein Werk und seine Persönlichkeit. Berlin, Schuster & Löffler. 150 S. 12 M.

211. *Lundborg*, *H.* (Upsala), Rassenbiologische Übersichten und Perspektiven. Jena, G. Fischer. 43 S. 6 M.

212. *Derselbe*, Die Rassenmischung als Ursache zu auffälligen morphologischen Veränderungen im Gesichtstypus. Upsala läkareförenings förhandlingar Bd. 20, H. 5/6.

213. *Maaß*, *S.* (Leipzig-Dösen), Gesichtspunkte für die Lumbalpunktion in der Anstaltspraxis. Vortrag, D. V. f. Psych., April 1921, Psych.-neurol. Wschr. Nr. 13/14, S. 79.

214. *Marburg*, *O.* (Wien), Studien über die sogenannten Reflexautomatismen des Rückenmarks. Jahrbücher f. Psych. u. Neurol., Bd. 40, H. 1, S. 99.

215. *Marcuse*, *Henry* (Herzberge), Zur Begründung der „energetischen Theorie der Psychosen". Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 67, S. 335. (S. 75*.)

216. *Martin*, *Alfred* (Nauheim), Psychisch vorgetäuschte Blutdrucksteigerung. Ztschr. f. Krankenpflege Bd. 43, H. 3. (S. 79*.)

217. *Matthes*, *M.*, Lehrbuch der Differentialdiagnose innerer Krankheiten. 2. durchgesehene u. verm. Aufl. Berlin, Jul. Springer. 621 S. 68 M.

218. *Mazurkiewicz*, *J.*, Somatische Untersuchungen psychisch Kranker. Nowiny lekarsic, ann. 33, ne. 7 (Böhmisch.)

219. *Mayer*, *K. E.*, Brom und Luminal. Med. Korrespondenz f. Württemberg, Nr. 19, S. 73.

220. *Mayer*, *Wilhelm* (München), Zum Problem des Dichters Lenz. (vergl. Pathographie von *Weichbrodt* in Bd. 62, H. 1 ds. Ztschr.), Archiv f. Psych. Bd. 62, H. 3, S. 889.

221. *Meyer*, *E.* (Königsberg i. Pr.), Die Indikation für die Unterbrechung der Schwangerschaft bei Geistes- und Nervenkrankheiten. Zentralbl. f. Gynäkologie, Nr. 16. (S. 84*.)

222. *Michalke* (Eberswalde), Azetylnirvanol, ein anscheinend atoxisches und zuverlässiges Nirvanolderivat. Münch. med. Wschr. Nr. 10, S. 303. (S. 84*.)

223. *Derselbe*, Erfahrungen mit Promonta-Nervennahrung. Psych.-neurol. Wchr. Nr. 47/48, S. 364. (S. 84*.)

224. *Mignard*, *Maurice*, Les variations de valeur de l'activité mentale dans les états démentiels. Encéphale, ann. 16, no. 4.

225. *Miller*, *H. Crichton*, Elementary psycho-therapy, Lect. VII. Phantasy and reality. Clinical journ. no. 1330, p. 7.

226. *Misch, Walter*, Zur Pathologie des Hirnstamms. Über Hirnstammfieber. Ztschr. f. d. ges. Neurolog. u. Psychiatrie. Bd. 66. (S. 77*.)

227. *Mjöen* (Kristiania), Harmonische und unharmonische Kreuzungen. Ztschr. f. Ethnologie, Jahrg. 52, H. 4/5, S. 470.

228. *Moerchen, Friedr.* (Wiesbaden), Über Pseudopsychosen. Ztschr. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 73, H. 4/5, S. 552. (S. 76*.)

229. *Moll, Albert* (Berlin), Handbuch der Sexualwissenschaften. 2. Aufl. Leipzig, F. C. W. Vogel. 1046 S. 120 M.

230. *Derselbe*, Behandlung der Homosexualität, biochemisch oder psychisch? Bonn, Marcus & Weber. 71 S. 14 M.

231. *Monar, Carl* (Bonn), Über die Gefahren der Lumbalpunktion. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 3, S. 293.

232. *Moore, Thomas V.*, The parataxes; a study and analysis of certain borderline mental states. Psychoanalyt. review, vol. 8, no. 3.

233. *Moos, E.* (Gießen), Behandlung der Psyche bei inneren Erkrankungen. Therap. d. Gegenw. H. 6/7.

234. *Morgan, Th. H.*, Die stoffliche Grundlage der Vererbung. Deutsche Ausgabe von H. Nachtsheim. Berlin, Gebr. Bornträger. 291 S., 118 Abb. 69 M.

235. *Morgenthaler, W.* (Münchenbuchsee b. Bern), Ein Geisteskranker als Künstler. Bd. 1 der Arbeiten zur angewandten Psychiatrie, herausgegeb. von Morgenthaler. Bern u. Leipzig, L. Bircher. 126 S. 35 M. (S. 73*.)

236. *Muckermann, P. Soc. J.*, Kind und Volk. 4. u. 5. Aufl. Bd. I. Vererbung und Analyse. Bd. II. Gestaltung der Lebenslage. Freiburg, Herder. 208 u. 270 S.

237. *Müller, A.* (München-Gladbach), Bismarck, Nietzsche, Scheffel, Mörike. Der Einfluß nervöser Zustände auf ihr Leben und Schaffen. Bonn, Marcus & Weber. 102 S. 19 M. (S. 77*.)

238. *Münzer, Arthur* (Charlottenburg), Über die Bedeutung der inneren Sekretion für die Psychiatrie. Archiv f. Psych. Bd. 63, H. 2/3, S. 530.

239. *Naccarati, Sante*, The oculo-cardiac reflex (Dagini-Aschner phenomen) — its use in medicine and psychology. An experimental study of groups of mental and pathologic subjects. Archiv of neurolog. and psych. vol. 5, no. 1, p. 40.

240. *Negro, C.* (Torino), Sul fenomeno di Babinsky. Boll. di clin., ann. 38, no. 9, p. 262.

241. *Nelki, Friedrich*, Beitrag zum Problem des dauernden Fehlens der Patellar- und Achillessehnenreflexe ohne nachweisbare Erkrankung des Nervensystems. Inaug.-Diss. Greifswald.

242. *Nerander, T.* (Schweden), Über Schwangerschaftsunterbrechung in frühen Monaten (künstlicher Abort) vom psychiatrischen Standpunkt. Svenska läkaretidninger ann. 18, no. 2, p. 24. (Schwedisch.)

243. *Netter, Arnold* (Paris), Sur l'étiologie et la prophylaxe de l'encéphalite



léthargique; sa déclaration obligatoire. Bull. de l'Academ. de méd. vol. 85, no. 10, p. 278.

244. *Neubürger*, *Karl*, Histologisches zur Frage der diffusen Hirnsklerose. (Aus der Deutschen Forschungsanstalt f. Psychiatrie in München.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 73, S. 336.

245. *Noervig*, *Johannes* (Roskilde), Sur les anomalies du metabolisme dans les psychoses. Cpts rend. des séances de la Soc. de Biologie vol. 85, no. 27.

246. *Notkin*, Sauerstoffinjektionen als Heilmittel in der Psychiatrie. Vortragsbericht (Schweizer V. f. Psych., Malévoz, Juni 1921.): Schweizer Archiv f. Neurol. u. Psych., Bd. 8, H. 1, S. 124.

247. *Oppenheimer*, *Ernst* (Freiburg i. B.), Gibt es eine spezifische Wirkung der Bromsalze? Archiv f. exper. Pathol. u. Pharm. Bd. 89, H. 1—2.

248. *Palmer*, Dr. Rudolf Steiners Anthroposophie und ihre Beziehungen zur Medizin. Erwiderung auf vorstehende Ausführungen von Max Dessoir. Deutsche med. Wschr. Nr. 33, S. 966 u. 977.

249. *Parhorn*, *C. J.* (Paris), La thyréoïdéctomie dans les maladies mentales. (Ref. Soc. de Psych., Paris, 16. XII. 20.) L'Encéphale, ann. 16, no. 1, p. 57.

250. *Peck*, *F. S.*, First signs of insanity. Natural eclect. med. Ass. vol. 12, no. 3.

251. *Pedezcini*, *Enrico* (Bergamo), Alcune ricerche farmalogiche in psicopatici. Giornale di psich., clin. med. e tecn. manicom. ann. 48, fasc. 3/4.

252. *Peterfi*, *Tiberius* (Jena), Der jetzige Stand der Lehre vom Mechanismus der Geschlechtsvererbung. Deutsche med. Wschr. Nr. 24. (S. 81*.)

253. *Pfister*, *H.* (Berlin-Lichtenrade), Die diagnostische Bedeutung des Glutäalklonus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 73, H. 4/5, S. 509. (S. 78*.)

254. *Pick*, *A.* (Prag), Die neurologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie. Eine methodologische Studie. Abh. a. d. Neurol., Psych., Psychol. u. ihren Grenzgebieten. Beiheft Nr. 13 zur Mtschr. f. Psych. u. Neurol.

255. *Derselbe*, Eine Selbstbeobachtung als Beitrag zum Leib-Seele-Problem. Abh. a. d. Neurol., Psych., Psychol. u. ihren Grenzgebieten; Beiheft Nr. 13 zur Mtsschr. f. Psych. u. Neurol., S. 225.

256. *Derselbe*, Die Palilalie, ein Teilstück striärer Motilitätsstörungen. Abh. a. d. Neurol., Psych., Psychol. u. ihren Grenzgebieten; Beiheft Nr. 13 zur Mtschr. f. Psych. u. Neurol., S. 178.

257. *Derselbe*, Zur Erklärung gewisser Ausnahmen von der sog. Ribot'schen Regel. Abh. a. d. Neurol., Psych., Psychol. u. ihren Grenzgebieten; Beiheft Nr. 13 zur Mtschr. f. Psych. u. Neurol., S. 151.

528. *Pike*, *Horace Victor*, Significance of diabetes mellitus in mentel disorders. Journ. of the American med. Ass. vol. 76, no. 23, p. 1571.



259. *Piltz, Jan*, Vererbung und Homosexualität. Przeglad lékarski ann. 60, no. 3. (Polnisch.)

260. *Derselbe*, Psychopathische Zustände von Individuen und Generationen. Polskie czasop. lék. no. 7. (Polnisch.)

261. *Pineas, H.* (Berlin), Über spinale, vor allem gekreuzte Reflexe der unteren Extremitäten. Berl. klin. Wschr. Nr. 38, S. 1128.

262. *Pirig, W.*, Zur Frage der darmperistaltischen Wirkungen der Hypophysenpräparate. Münch. med. Wschr. 18. (S. 84*.)

263. *Pönitz, Karl* (Halle a. S.), Die intravenöse Behandlung von Nervenkrankheiten mit Pregl'scher Jodlösung. (Vorläufige Mitteilung.) Münch. med. Wschr. No. 1, S. 10.

264. *Polligkeit, W.*, Deutsche Jugendnot. Die seelischen Schäden und ihre Heilung. Öffentl. Gesundheitspflege, Jahrg. 6, H. 12, S. 397.

265. *Popper, Erwin* (Wien), Ein Tiefenreflex an der Fußsohle. (Bemerkungen zu der gleichnamigen Mitteilung in Nr. 33 der med. Klin. (1920) von Othmar Reimers-Graz.) Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 49, S. 45.

266. *Derselbe*, Studien über Saugphänomene. Arch. f. Psych. Bd. 63, H. 1, S. 231.

267. *Pregowski, P.* (Warschau), Die Applikation einiger Arzneimittel bei den Geisteskranken unter die unteren Mundlippen. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 3/4, S. 19.

268. *Prym, Paul* (Bonn), Die Ödemkrankheit. Münch. med. Wschr. Nr. 3, S. 74. (S. 79*.)

269. *Puppe* (Königsberg i. Pr.), Gegenseitige Anziehung und Beeinflussung geistig abnormer Persönlichkeiten. Vortragsbericht (X. Tagung Der Deutschen Ges. f. gerichtl. Med.): Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. San'wesen. Bd. 61, H. 1, S. 144.

270. *Quercy* (Paris), De la mimique hallucinatoire et du diagnostic de l'hallucination auditive verbale. Annales méd.-psychol. ann. 79, no. 1, p. 81.

271. *von Rad* (Nürnberg), Über doppelseitige reflektorische Pupillenstarre. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 68/69, S. 144. Max Nonne-Festschrift.

272. *Raecke, Julius* (Frankfurt a. M.), Soziale Psychiatrie. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 19/20, S. 116 u. Irrenpflege Nr. 3. (S. 73*.)

273. *Rautmann, Herman*, Untersuchungen über die Norm, ihre Bedeutung und Bestimmung. Jena, G. Fischer.

274. *Read, Charles F.* (Chicago), Remarks of undiagnosed cases, Chicago State Hospital. American journ. of insanity vol. 72, ne. 4, p. 493.

275. *Realich, Emil* (Wien), Zur Charakteristik des von mir beschriebenen Pupillenphänomens. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 49, H. 1, S. 1. (S. 78*.)

276. *Derselbe*, Über den Cornealreflex und die Beteiligung des oberen Fa-



cialis bei der zerebralen Hemiplegie. Neurolog. Zentralbl., Ergänzungsband S. 7.

277. *Reinhold*, *J.* (Gräfenberg-Freiwaldau, Böhmen), Psychische Beeinflussung extrapyramidaler Bewegungsstörungen. Vortragsbericht (Verein Dtschr. Ärzte, Prag, v. 25. Febr. 21): Med. Klin. Nr. 22, S. 672.

278. *Derselbe*, Polyglotte Halluzinationen. Eine klinisch-psychologische Studie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 50, H. 2, S. 65. (S. 77*.)

279. *Reiß*, *Eduard* (Tübingen), Über formale Persönlichkeitswandlung als Folge veränderter Milieubedingungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 70, S. 55. (S. 73*.)

280. *Ridgway*, *R. F. L.* (Harrisburg, Pa.), Recreation for mental cases. American journ. of psych. vol. 1, no. 1, p. 87.

281. *Riese*, *Walther* (Frankfurt a. M.), Über doppelseitige Bewegungen der Gesichts- und Sprechmuskulatur. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 66, S. 73. (S. 77*.)

282. *Derselbe*, Das Vorbeizeigen. Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 26 Nr. 5, S. 305. (S. 78*.)

283. *Righetti*, *Romolo*, Contributo allo studio delle amnesie lacunari. Amnesia post-traumatica retro-anterograda guarita sotto l'influsso d'un sogno. Rivista di patol. nerv. et ment. vol. 25, fasc. 9/10.

284. *Ring*, *Arthur H.*, Factors in suicide. Boston med. and surg. journal vol. 185, no. 22, p. 650.

285. *Röll*, *A.* (Werneck), Neue Versuche mit Promonta-Nervennahrung. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 17/18, S. 105. (S. 84*.)

286. *Roemer*, *Hans* (Konstanz), Über die sozialen Aufgaben des Irrenarztes in der Gegenwart (und Diskussion). Vortragsbericht (Südwestdeutscher Psychiater-Vers., Karlsruhe 1920): Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. & E. Bd. 23, H. 4, S. 269 u. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 45/46, S. 343. (S. 72*.)

287. *Rosanoff*, *Aaron J.* (Kings Park. N. Y.), A theory of personality based mainly on psychiatric experience. American journ. of insanity vol. 77, no. 3, p. 417.

288. *Rosemann*, *R.* (Münster, Westf.), Art und Invidualität. (Rektoratsantrittsrede, Münster, Westfäl. Wilhelms-Universität 15. X. 1921.) Med. Klinik u. 46 u. 47, S. 1378 u. 1408.

289. *Rosenfeld*, M. (Rostock), Über Skopalaminwirkungen am Nervensystem. Münch. med. Wschr Nr. 31, S. 971.

290. *Rosin*, *H.* (Berlin), Über den jetzigen Stand der Hypotonie. Deutsche med. Wschr. Nr. 39, 40 u. 41.

291. *Rothschild*, *Alfred*, Über Hypnotherapie. Therapie der Gegenwart, H. 2, S. 60.

292. *Rüdin*, *Ernst*, Familienforschung und Psychiatrie. Naturwissensch., Jahrg. 9, H. 36. (S. 81*.)



293. *Russel, E. S.*, Form and function. A contribution to the history of aminal morphology. London 1916. Murray. Referat Lenz: Münch. med. Wschr. Nr. 24, S. 750.

294. *Ružička S.*, Die Myopie als Folge der funktionellen Konfiguration des Auges. Čas. zdravetnictve Jahrg. 12 Nr. 1 u. 3. (Tschechisch.) (S. 79*.)

295. *Saaler, Bruno*, Neue Wege zur Familienforschung. (Die Fliess'sche Periodizitätslehre.) Ztschr. f. Sexualforschg. Bd. 7, H. 11 u. 12.

296. *Salmon, Alberto.*, L'antagonismo tra i riflessi superfiziali e profondi considerate come un fenomeno d'inibizione riflessa. Accademia di psich. vol. 8, no. 1/2, p. 7.

297. *Derselbe*, Sul meccanismo del fenomeno di Babinski: studio dei suoi rapporti col riflessi superficiali, profondi e di difesa, constatazione di questo fenomeno in un caso di poliomielite anteriore infantile. Rivista critica di clin.-med. Ann. 22, fasc. 11.

298. *Schade, H.* (Kiel), Von der Bedeutung der Kolloide im menschlichen Körper. Münch. med. Wschr. Nr. 5, S. 144.

299. *Schaxel, Julius* (Jena), Über den gegenwärtigen Stand der Vererbung erworbener Eigenschaften. Deutsche med. Wschr. Nr. 19, S. 535. (S. 81*.)

300. *Scheidt, Walter* (München), Anthropometrie und Medizin. Münch. med. Wschr. Nr. 51, S. 1653.

301. *Schein, Mór*, Vererbung und individuelle Entwicklung. Gyógyászat no. 9, p. 100. (Ungarisch.)

302. *Schilder, Paul* u. *Stransky, E.* (Wien), Die neue Richtung der Psychopathologie. (Referat erstattet im Verein f. Psych., Wien, 2. VI. 21.; Koreferent Prof. Stransky.) Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 50, H. 3, S. 127 u. 135.

303. *Schlesinger, Alfred*, Über den Mechanismus des Delirium oniricum. Schweizer med. Wschr. Nr. 35.

304. *Schlomer, Georg*, Leitfaden der Klinischen Psychiatrie. Dritte durchgesehene Aufgabe. München bei Rudolf Müller u. Steinicke. 238 S. (S. 72*.)

305. *Schnabel, Jlse* (Zürich), Die Prognose der psychischen Störungen des Kindesalters und Entwicklungsalters nach dem Material der Züricher psychiatrischen Klinik von 1870—1920. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 68, S. 241.

306. *Schneider, Kurt* (Köln), Der Dichter und der Psychopathologe mit einem Literaturnachweis. Rheinland-Verlag, Köln. (S. 72*.)

307. *Derselbe*, Der Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 69, H. 3, S. 154. (S. 75*.)

308. *Schnyder, L.*, Les tendances actuelles de la psychothérapie. Rev. méd. de la Suisse rom. ann. 41, no. 9.

309. *Schrottenbach, Heinz* (Graz), Studien über den Einfluß der Großhirn-



tätigkeit auf die Magensaftsekretion des Menschen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 69, S. 254.

310. *Schultz*, *J. H.* (Jena), Die seelische Krankenbehandlung. 2. Aufl. Jena. G. Fischer. 355 S. 40 M.

311. *Derselbe*, Psychotherapie und Erziehung. Jena. G. Fischer. 19 S. 3 M.

312. *Schweißheimer*, *W.* (München), Johann Peter Frank. — Zum 100 jährigen Todestag des Begründers der wissenschaftlichen sozialen Hygiene, am 24. April 1921. Münch. med. Wschr. Nr. 16, S. 492.

313. *Sieben*, *Hubert* (Bürstedt), Die Morphiumspitze, eine psychologische Studie über den Gespensterglauben, die Telepathie und das Hellsehen. 8 Seiten.

314. *Siemens*, *H. Werner* (München-Breslau), Was ist Rassenhygiene? Ztschr. f. Bevölkerungspolitik u. Säuglingsfürsorge. Bd. 11, H. 5/6, S. 113. (S. 81*.)

315. *Derselbe*, Einführung in die allgemeine Konstitutions- und Vererbungspathologie. Ein Lehrbuch für Studierende u. Ärzte mit 80 Abb. u. Stammbäumen im Text. Berlin, Jul. Springer. 229 S. 64 M.

316. *Derselbe*, Vererbung von Hautleiden. Vortragsbericht (Tagung der Erblichkeitsforscher, Berlin, August 1921): Deutsche med. Wschr. Nr. 35, S. 1043.

317. *Siemens*, *F.* (Stettin), Anaphylaxie gegen Hühnerei. Berl. klin. Wschr. 47. (S. 79*.)

318. *Simon*, *Th. et Vermeylen*, *G.*, Taille, poids, mésurations céphaliques et niveau mentale. Bull. de la Soc. de Binet. ann. 21, no. 7/8, p. 121. Referat Schmidt-Kraepelin: Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 27, H. 2/3, S. 108.

319. *Snell*, *Otto* (Lüneburg), Die Belastungsverhältnisse bei der genuinen Epilepsie. Nach der Diem-Kollerschen Belastungsberechnung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 70. (S. 80*.)

320. *Sommer*, *R.* (Gießen), Die Bedeutung der deutschen Heilquellen und Kurorte. A.-B.-C.-Ratgeber für Badereisende. Bäder-Verlag, Bad Oeynhausen. (S. 84*.)

321. *Soyka*, *Otto*, Der Seelenschmied. Berlin. Aug. Scherl. 237 S. 18 M.

322. *Spielmeyer*, *W.* (München), Die Anatomie im Dienste der Psychiatrie. Die Naturwissenschaften, H. 18.

323. *Starobinsky*, *A.*, Note sur l'emploi des opiates dans le thérapeutique des états anxieux. Revue méd. de la Suisse rom. ann. 41, no. 3. p. 175.

324. *Stein*, *George*, Grundschema der Geisteskrankheiten. Nach den Vorträgen des Hofrates Prof. Dr. J. Wagner-Jauregg. 4. verbesserte Aufl. Wien u. Leipzig. Jos. Safár. 39 S., 6 Doppeltafeln. 16 M.

325. *Stekel*, *Wilhelm* (Wien), Störungen des Trieb- und Affektlebens. I. Nervöse Angstzustände. II. Onanie etc. III. Die Geschlechtskälte



der Frau. IV. Die Impotenz des Mannes. Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg.
326. *Derselbe*, The critical age in womans life. Psyche and Eros. vol. 2, no. 2, p. 100.
327. *Derselbe*, Onanie und Homosexualität. (Die homosexuelle Neurose.) 2. Aufl. Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg. 527 S. 60 M.
328. *Derselbe*, Die Impotenz des Mannes. Berlin u. Wien. 1920. Urban u. Schwarzenberg. Ungebunden 50 M.
329. *Derselbe*, Psychopathologie, medizinische Psychologie und Sexualwissenschaft. Sammelreferat. Med. Klin. Nr. 50 u. 51, S. 1524 u. 1558.
330. *Stern*, *Erich* (Gießen), Die krankhaften Erscheinungen des Seelenlebens. Bd. 764 der Sammlung „Aus Natur u. Geisteswelt". Leipzig, Teubner. 6,80 M. (S. 72*.)
331. *Stoerk*, *Otto* (Dresden), Ist der Ohr-Lidschlagreflex ein pathognomisch verwertbares Symptom? Ztschr. f. Laryngol., Rhinol. u. ihre Grenzgebiete. Bd. 10, H. 5.
332. *Stragnell*, *Gregory*, The relationship of psychopathology and endocrines New York med. journal vol. 113, no. 9, p. 386.
333. *Stransky*, *E.* (Wien), Die leichteren Formen der Geisteskrankheiten in der ärztlichen Praxis. Wiener med. Wschr. Nr. 2 u. 3.
334. *Derselbe*, Psychopathologie der Ausnahmezustände und Psychopathologie des Alltags. Arbeiten zur angewandten Psychiatrie, herausgegeb. von Morgenthaler. Bd. 3. Bern u. Leipzig. E. Bircher. 35 S. 2,75 fr. (S. 76*.)
335. *Derselbe*, Die neue Richtung in der Psychopathologie. Referat, erstattet im Verein f. Psych. u. Neurol. in Wien, 21. VI. 21. Korreferent Privatdozent Dr. Schilder-Wien. (Vgl. gl. Heft der Ztschr. S. 127). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 50, H. 3, S. 135.
336. *Derselbe*, Keine Bedenklichkeit der angewandten Psychiatrie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 69, S. 325.
337. *Strauß*, *O.* (Berlin), Die Röntgenbehandlung von Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen. Strahlentherapie Bd. 11, H. 1.
338. *Strecker*, *Edward A.*, Psychoses and potential psychoses of childhood. New York med. journal. vol. 114, nr. 4.
339. *Stuchlík*, *Jar.*, Über Psychotherapie. Čas, česk, lék. Jahrg. 60, Nr. 20. (Tschechisch.) (S. 84*.)
340. *Derselbe*, Beitrag zur Feststellung des Begriffes Psychose. Čas. česk. lék. Jahrg. 60, Nr. 24. (Tschechisch.) (S. 75*.)
341. *Taummler*, *Erich*, Der kranke Hölderlin. Urkunden und Dichtungen aus der letzten Zeit seiner Umnachtung. München. O. C. Recht. 127 S. 8,40 M.
342. *Tendeloo*, *N. Ph.* (Leyden). Konstellationspathologie und Erblichkeit. Berlin, Jul. Springer. 32 S.



342a. *Derselbe*, Konstellationspathologie. Berl. klin. Wschr. Nr. 1, S. 1.
343. *von Tiling*, *Magdalene*, Psyche und Erziehung der weiblichen Jugend. (Schriften zur Frauenbildung, herausgegeb. von Prof. Wychgram. H. 1.) Langensalza. Beyer & Söhne. 46 S. 1,80 M.
344. *Tilney and Riley*, Form and functions of the central nervous system. New York. P. Hoeber.
345. *Toenniessen*, *E.* (Erlangen), Konstitution und Körperzustand. Münch. med. Wschr. Nr. 42, S. 1342.
346. *Toepel*, *Hans* (Köln), Über die Häufigkeit geistiger Erkrankungen vor und nach dem Kriege. Mtschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. 49, H. 6, S. 323. (S. 74*.)
347. *Derselbe*, Zur Psychologie der lesbischen Liebe. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 72. (S. 83*.)
348. *van Trotsenburg*, *J. A.* (Grave, Niederlande), Über Untersuchungen von Handlungen. Archiv f. Psych. Bd. 62, H. 3, S. 728.
349. *Tumiati*, *Corrado*, Le costituzioni psicologiche e tentativi per classificare. Rassegna di studi psich. vol. 10, fasc. 3/4, p. 152.
350. *van Velzen*, *Thoden*, Psychoencephale Studien. 5. Aufl. Joachimsthal. Verlag Velzen.
351. *Veraguth*, *Otto* (Zürich), Über den jetzigen Stand der Psychotherapie. Schweizer Archiv f. Neurol. u. Psych. Bd. 8, H. 1, S. 29.
352. *Vinchon*, *Jean* (Paris), Fonctions sexuelles et psychoses. Journ. de méd. de Paris. ann. 40, no. 14, p. 254.
353. *Volland* (Bethel-Bielefeld), Zur Frage des zerebralen Fiebers. Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych., Orig. Bd. 63, S. 136. (S. 78*.)
354. *Waitzmann*, Schriftum der Geisteskranken. Čas. česk. lék, no. 43. (Tschechisch.)
355. *Weber*, *Hannes* (Zittau), Über Luminal. Therapeut. Halbmonatshefte Nr. 15.
356. *Weichbrodt*, *R.* (Frankfurt a. M.), Bayer 205. Berl. klin. Wschr. Nr. 2, S. 34 (vgl. Händel u. Jötten in Nr. 35 ds. Wschr. Jahrg. 1920.).
357. *Weicksel*, *Joh.* (Leipzig), Über die Lymphozytose. Münch. med. Wschr. Nr. 51, S. 1643.
358. *Weigeldt*, *Walter* (Leipzig), Der plantare Sehnenreflex, ein modifizierter Achillessehnenreflex. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 71, H. 1—3, S. 173. (S. 78*.)
359. *Weil*, *Arthur*, Die innere Sekretion. Eine Einführung für Studierende u. Ärzte. Berlin, Jul. Springer. 140 S. 28 M.
360. *Derselbe*, Geschlechtstrieb und Körperform. Ztschr. f. Sexualw. Bd. 8, H. 5.
361. *Weston*, *Paul G.* (Warren, Pa.), Phenolsulphonaphthaleïn absorption from the subarachnoid space in paresis and dementia praecox. Arch. of neurolog. and psych. vol. 5, no. 1, p. 58.



362. *Weygandt, W.* (Hamburg), Neurologie und Psychiatrie in der bildenden Kunst. Vortragsbericht v. 30. Nov. 1920. Med. Klinik. Nr. 7, S. 209.
363. *Derselbe*, Kunst und Wahnsinn. Die Woche, Nr. 22.
364. *Derselbe*, Wilhelm Wundt. Münch. med. Wschr. Nr. 17, S. 521. (S. 72*.)
365. *Wiersma, E. D.* (Groningen, Holland), Die psychologische Auffassung einiger Reflexe. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 72, S. 254.
366. *Derselbe*, Psychische Hemmung. Verslag des Afdeel Naturkunde, Akad. der Wissenschaften. Amsterdam. Tom. 30, no. 1, 3. (Holländisch.)
367. *Wimmer, August* (Kopenhagen), Über die Erblichkeitsverhältnisse der Geisteskrankheiten. Bibl. for laeger. ann. 13, p. 203.
368. *Witry, Theodor*, Über die Dauer von Halluzinationen. Schweizer Archiv f. Neurol. u. Psych. Bd. 8, H. 1, S. 86.
369. *Witte, F.* (Bedburg-Hau.), Über patholog. Abbauvorgänge im Zentralnervensystem. Münch. med. Wschr. Nr. 3, S. 69. (S. 78*.)
370. *Wölfing*, Zum Verständnis des Hexenwahns. Vortragsbericht (Jahresvers. der Württembergischen Nerven- u. Irrenärzte, Tübingen, 20. März 1921). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 25, H. 6, S. 300.
371. *Wright, Harold W.*, The service of neuropsychiatry to industrial medicine. California State Journal of med. vol. 19, no. 12.
372. *Wundt, Wilhelm* †, Erlebtes und Erkanntes. Leipzig, Kröner. 399 S.
373. *Wuth, O.* (Münster), Der Blutzucker bei Psychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 64, S. 83.
374. *Zanon dal Bò, Luigi* (Treviso), Se esistano particulari forme di psicosi in dipendenza della guerra? Archivio generale di neurol., psich. e psico-analisi vol. 2, fasc. 1.
375. Zweiter Bericht über die Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie in München zur Stiftungssitzung am 31. April 1921. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 70. S. 342.

1. Allgemeines.

Kirchhoff (167). Die Anregung *Kraepelins* „den dahingegangenen Vertretern unseres Standes, die uns die Grundlagen der heutigen Wissenschaft geschaffen haben, ein bleibendes Denkmal zu setzen", hat in seiner ersten Hälfte verwirklicht werden können. Der erste Band der Lebensgeschichte deutscher Irrenärzte umfaßt den Zeitraum von 1755 bis 1817, d. i. das Geburtsjahr *Anton Müllers* vom Julius-Hospital in Würzburg und das Geburtsjahr *Ludwig Snells* aus Hildesheim. Da aber die medizinischen Geistesrichtungen der vorangehenden Jahrhunderte bei der Schilderung der Entwicklung psychiatrischen Denkens nicht übergangen werden können, sind als Vorläufer die hauptsächlichsten Verteter der verschiedenen medizinischen Systeme angeführt. Die Zahl der deutschen Irrenärzte, deren Leben



und Wirken dargestellt ist, beträgt 47. Die einzelnen Aufsätze, die zum Teil mit den Bildnissen und den eigenen Namenszügen der Dargestellten versehen sind, lassen in großer Anschaulichkeit die führenden deutschen Irrenärzte vor unserem Auge erscheinen.

Kraepelin (180) läßt seine „Einführung in die Psychiatrische Klinik“ in 4. Auflage erscheinen. Die Veränderungen gegenüber der 3. Auflage aus dem Jahre 1916 (vgl. Ref. in dieser Zeitschr. Bd. 74, S. 151*) sind erheblich. Die allgemeine Übersicht über die Erscheinungsformen des Irreseins ist jetzt von den Krankenbesprechungen völlig getrennt und in dem ersten Bande zusammengestellt. Dieser erste Band wird eingeleitet durch einige ganz kurz gehaltene psychologische Vorbemerkungen, die dem oft empfundenen Mangel einer psychologischen Vorbildung des angehenden Arztes abhelfen sollen. Der 2. und 3. Band enthalten die Krankenvorstellungen. Auch in der neuen Form wird sich das Buch als bester Führer in die Psychiatrische Klinik bewähren. (*Snell*-Lüneburg.)

Schlomer (304). Der Leitfaden erscheint in der 3. Auflage. Als ein neues Kapitel ist die Encephalitis epidemica hinzugekommen. Der Leitfaden hat die kleine handliche Form behalten. Es ist ein angenehmer Ersatz für die kaum noch zu bezahlenden größeren Hand- und Lehrbücher.

Stern (330). Darstellung der allgemeinen Psychopathologie, die allgemein verständlich gehalten ist, aber doch den großen Stoff so eingehend behandelt, daß das Heft den vom Verfasser und auch vom Verlage erstrebten Zweck in jeder Beziehung erfüllen wird. Gerade in der heutigen Zeit der enormen Teuerung wird auch mancher Fachgenosse nach einer solchen Abhandlung greifen, die ihm einen Ersatz bieten kann für manches andere größere, aber nicht mehr zu bezahlende Werk.

Schneider (306). Der Inhalt des Vortrags ist der Beherzigung wert, denn *Schn.* zeigt, wie der Psychopathologe an das so außerordentlich heikle Gebiet, den Dichter und seine Werke vom psychopathologischen Standpunkt zu betrachten, herangehen soll, „um die Würde und die Aufgaben, die Rechte und die Berufsehre des Psychopathologen und im weiteren Sinne des Arztes zu wahren“. Scharf zeichnet *Schn.* die Grenzen, die nicht überschritten werden dürfen, wenn nicht das eigene Vorhaben in Mißkredit gebracht und die andere Seite nicht verletzt werden soll. Ein Literaturverzeichnis vervollständigt die Schrift.

Laehr (192) wendet sich gegen den Erlaß des Wohlfartsministeriums, durch den eine Psychopathenfürsorge ohne Mithilfe der sachverständigen Irrenärzte angebahnt werden soll.

Weygandt (364). Nachruf auf *Wundt* unter Hervorhebung seines Einflusses auf die Psychiatrie.

Römer (286) glaubt, daß die irrenärztliche Tätigkeit sich in Zukunft auf Betätigung außerhalb der Anstalten erstrecken muß und empfiehlt den planmäßigen Ausbau der Fürsorge für die Entlassenen zwecks Anbahnung der Frühentlassung; ferner die Einrichtung von Beratungsstellen für Nerven- und Gemütskranke an den Heilanstalten und drittens die Inangriffnahme der psychiatrischen Aufklärungsarbeit.



Raecke (272) bespricht im Anschluß an den Artikel *Römers* die psychiatrische Fürsorgetätigkeit in der Großstadt und in ländlichen Verhältnissen.

Ewald (77) hat eine Tagung der Rutengänger mitgemacht und teilt seine psychiatrischen Beobachtungen an den Persönlichkeiten der Rutengänger mit. Es befanden sich unter ihnen viele mehr oder weniger psychopathische Persönlichkeiten.

Kolb (174). Kritische Bemerkungen zu der Arbeitsweise und dem Verhalten einiger Vertreter der sogenannten okkultistischen Forschungen.

Becker (15). Kurze Lebensgeschichte des Schachmeisters Morphy, der eine durchaus einseitige Begabung aufwies, früh versagte und ein ausgesprochen pflegebedürftiger Geisteskranker wurde.

Morgenthaler (235). Eingehende Schilderung der Lebens- und Krankheitsgeschichte eines aus einfachsten Verhältnissen und unter den primitivsten Lebensumständen aufgewachsenen paranoiden Schizophrenen, der nach Abklingen der stürmischen Erscheinungen, die jahrelang bestanden, dem Schreiben, Zeichnen und Malen verfiel und namentlich auf dem Gebiete des Zeichnens und Malens in inhaltlicher und formaler Beziehung Leistungen vollbrachte, die die Aufmerksamkeit auf sich ziehen mußten. *Morgenthaler* geht in eingehender psychologischer und psychopathologischer Zergliederung den Besonderheiten dieses Falles nach und kommt zu dem Schluß, daß das Besondere, das den einfachen, gänzlich ungelehrten Adolf Wölfli zu einem Künstler mache, die Verwirklichung der Objektivitätsfunktion von *Ebbinghaus* ist, wie sie in seiner Auffassung von Raum und Zeit, Gleichheit, Ähnlichkeit, Verschiedenheit, Rythmus und Zahl, Bewegung und Veränderung zum Ausdruck komme und seinen Werken trotz des schizophrenen Einschlags den Charakter des Künstlerischen verliehen. Zahlreiche, zum Teil farbige in großer Deutlichkeit wiedergegebene Abbildungen veranschaulichen die Auseinandersetzungen.

Reiß (279). Ausführliche Lebensgeschichte eines hypomanisch veranlagten, ethisch sehr minderwertigen Menschen, der plötzlich während der Revolutionszeit als Wanderprediger auftauchte und unter vielem Schimpfen und Herunterreißen jeder staatlichen und gesellschaftlichen Ordnung sich einen neuen Christus nannte und scheinbar eine neue Lehre, voll von Askese, verkündete. Die genaue Untersuchung ergab, daß es sich nicht um eine neue, durch eine Krankheit bedingte Persönlichkeit handelte, sondern daß alles durch die ursprüngliche Charakterveranlagung erklärt werden konnte, die nur durch andersartige Lebensumstände abgeändert war.

Brennecke (17) bekämpft in seiner Kritik der *Binding-Hoche*schen Forderungen den krassen Materialismus, der sich in der Gegenwart allüberall breit macht. Nach einem einleitenden Referat des Inhalts der *Binding-Hoche*schen Broschüre hält der Verf. den moralischen Standpunkt der Forderung der Freigabe der Tötung lebensunwerten Lebens die Moral der transzendental-idealistischen Philosophie Kants und Schopenhauers entgegen. Er begründet, ausgehend von der Schopenhauerschen Philosophie, den Begriff des Leidens und wahren Mit-Leidens. In der falschen Auffassung des Mitleids erkennt Verf. den einen großen Fehler der



*B.-H.*schen Forderungen. Das egoistische Nicht-mitleiden-wollen sei die wahre Triebfeder derselben. Sodann wehrt Verf. grundsätzlich ab, daß dem Arzt ein Recht über das Leben anderer zustehe, noch dazu, wenn dieses Recht auf einer krass egoistischen Bequemlichkeitsmoral aufgebaut sei. Wertbestimmungen des Lebens anderer durch die menschliche Vernunft und Wissenschaft seien unmöglich und darum absurd. *Br.* wirft den Verfassern den Denkfehler rein gefühlsmäßigen Schließens von sich auf andere vor, erinnert an die Fehlbarkeit der medizinischen Wissenschaft als einer empirischen, warnt vor der Gefahr eines kriminellen Mißbrauches der Freigabe des Rechtes der Tötung und sieht den einzigen Weg zur Wiederaufrichtung der Menschheit in rücksichtslosem Kampf gegen den Egoismus als den Urgrund und Schöpfer alles Leidens und aller Schuld mit Hilfe der idealistischen Weltauffassung im Sinne Arthur Schopenhauers und echten Christentums. (Eigenbericht.)

Fackenheim (78) hat einen Apparat konstruiert, mit dessen Hilfe die Lichtstärke, bei der eine Pupille reagiert, zahlenmäßig nachgewiesen werden kann. Der Apparat besteht aus einer kleinen elektrischen Lampe, deren Lichtstärke durch einen Widerstand geregelt und auf einer Skala abgelesen werden kann. Die Vermehrung der Lichtstärke geht nicht allmählich und gleichmäßig vor sich, sondern infolge besonderer Konstruktion ruckweise und in bestimmten kleinen Intervallen. Der Apparat wird von der Firma Gebrüder Ruhstrat in Göttingen hergestellt und geliefert.

v. Düring (73) hat in seiner Anstalt die Beobachtung gemacht, daß es neben der Kalorienzahl auch noch auf andere Bestandteile in der Nahrung ankommt, die wahrscheinlich erst eine bessere Ausnützung der in der Nahrung vorhandenen Bestandteile ermöglichen. Namentlich hat er frisches Obst und frisches Gemüse wirksam gefunden.

Toepel (346). Die Zahl der Geisteskranken ist durch den Krieg nicht vermehrt, bei den Männern ist sie sogar etwas vermindert. Abgenommen haben die Alkoholiker erheblich, die Schizophrenen und die senilen Formen etwas, während die Hysteriker und Psychopathen stark angewachsen sind. Das manisch-depressive Irresein und der einfache Schwachsinn blieben unverändert; auch Epileptiker wurden seltener aufgenommen. Die senilen Männer und die luetischen Geisteskranken zeigen Schwankungen, die aber die Breite des Zufälligen nicht übersteigen.

Driml (72) referiert über die Ideen, die in Nordamerika zur Gründung eines Komitees für seelische Hygiene geführt haben und skizziert kurz die Aufgabe der neuen Vereinigung in der Sozialhygiene. *Jar. Stuchlik* (Košice).

Kollarits (175) erblickt im Staat und in der Gesellschaft einen lebenden Organismus, der an den Zellen- und Organaufbau der Lebewesen erinnert und dessen Erscheinungsformen vom Standpunkt der Biologie aus betrachtet werden müssen. Dies können nicht die Politiker, sondern die Führung muß den höchstwertigen Intelligenzen anvertraut werden. Es ist Aufgabe der Biologie, Psychologie und Psychiatrie, die Therapie der Störung im psychischen Weltgefüge zu bestimmen und auch weiterhin die Entwicklung der politisch-biologischen Geschehnisse zu überwachen. Bisher haben sich diese Wissenschaften zu wenig



mit politischen Fragen beschäftigt. Einen Heilfaktor sieht er in der Weckung der Arbeitslust.

In einer zweiten Arbeit (176) schildert er den Normal- und den Ausnahmezustand des Volkes und zieht Parallelen zwischen der Einzelpsyche und der Massenpsyche. Im Normalzustand der Massenpsyche besteht eine Differenzierung und Vielwertigkeit der Strebungen; es wird in allen notwendigen Richtungen mit einer gewissen Gleichmäßigkeit gearbeitet. Im Ausnahmezustand schwindet die Differenzierung und es kommt zur Verfolgung einzelner überwertiger Gedanken und zum Entgegenarbeiten der einzelnen Gruppen untereinander. Dies führt zu einer Störung des Gefüges in seiner Gesamtheit. Ein Wiederherausarbeiten aus dem Zerfall wird leichter gelingen, wenn die Gesetze der Massenbiologie und Massenpsychologie, d. h. der biologischen Gesetze der Geschichte besser gekannt werden.

Christoffel (53). Nach einer Zeit völligen Brachliegens psychologischer Tätigkeit wird jetzt die Psychologie wieder ein Bestandteil psychiatrischer Forschung und damit werden wieder Beziehungen zwischen der Psychiatrie und der übrigen Medizin geknüpft, indem die Psychiatrie immer mehr körperliche Wissenschaft wird und indem umgekehrt die psychologische Erkenntnis von der affektiven Bedingtheit vieler Erscheinungsformen eine notwendige Ergänzung der körperlichen Medizin bildet.

Dexler (68). Kritische Betrachtungen über Arbeitsmethoden in der Tierpsychologie.

Kretschmer (184) zeigt wie die klinische Psychiatrie über die Systematik *Kraepelins* hinauswächst, wie sich aus der Psychoanalyse *Freuds* und der phänomenologischen Denkrichtung *Jaspers* eine psychopathologische Forschungsrichtung anbahnt, der sich ein auf der Vererbungslehre und den Lehren der inneren Sekretion gründende Konstitutionsforschung anschließt, so daß sich eine gesamtbiologische Auffassung ergibt, die die Psychose im Zusammenhang mit der Gesamtpersönlichkeit nach ihrem seelischen Habitus, nach ihrer körpermäßigen Beschaffenheit und nach den Vererbungselementen betrachtet. Es muß der „Aufbau“ der Psychose untersucht werden; deshalb ist die „mehrdimensionale“ Betrachtung notwendig.

Marcuse (215) führt aus, daß in der Psychiatrie nicht nur die Empirie als Quelle der Erkenntnis dienen kann, sondern auch die analytische Methode von *Schmied-Kowarzik*. Es muß auf die Originalarbeit verwiesen werden, weil ein kurzes Referat doch nur ein unvollständiges und unklares Bild von dem Inhalt geben kann.

Schneider (307). Erörterungen über den Begriff Krankheit in der Psychiatrie. Er ist letzten Endes abhängig von der Stellung zum psychophysischen Problem.

Stuchlik (340). Diskussion des Problems vom Standpunkte der Soziologie und der Psychologie. Denn, da der Mensch sowohl eine psychologische als auch eine soziologische Einheit darstellt, ist auch das Beurteilen seiner Handlung — die als motorische Äußerung psychischer Prozesse angesehen wird — sowohl psychologisch, als auch soziologisch notwendig. — Die Psychose als soziologischer Begriff kann man definieren: eine derartige Störung des seelischen Mechanismus, aus

welcher eine solche Handlung (wirklich oder potentionell) resultiert, die nicht im Einklang mit herrschender (rechtlicher oder moralischer) Gesellschaftsordnung steht. Vom psychologischen Standpunkt ist die Psychose eine derartige Störung des psychischen Mechanismus, welche aus den empirisch gewonnenen und festgestellten Grenzen der Variabilität des seelischen Geschehens — natürlich festgestellten für bestimmte und begrenztes und örtliches Milieu — hinausragt. — Diese Bestimmungen des Begriffes verfolgen in erster Reihe nur praktisches Interesse. Ein Versuch des Definierens des Psychischen überhaupt können sie nicht enthalten.

Jar. Stuchlik (Košice).

Bauer (12). Erkenntnistheoretische Stellungnahme zu dem Begriff Konstitution. *Bauer* kommt zu dem Schluß: Die Konstitution eines Menschen ist die Erscheinungsform seiner gesamten psycho-physischen Persönlichkeit, wie sie bedingt ist einerseits durch die genotypische Art der Reaktion auf die Umwelteinflüsse und andererseits durch die von den Umwelteinflüssen hervorgebrachten Modifikationen jener Reaktionsnorm.

Moerchen (228) erblickt in den hysterischen Ausnahmezuständen, in der Pseudodemenz, dem Puerilismus, der Verwirrtheit, dem Stupor, den katatonischen Erscheinungen und den Dämmerzuständen, keine Krankheit, sondern eine „biologisch aufzufassende besondere Art von primitiven psychischen Schutz- und Abwehrreaktionen einer schwächeren Anlage“. Diesen Zuständen gegenüber muß der Krankheitsbegriff schwinden. Eine krankhafte psychische Konstitution ist kein wesentliches Moment und keine Voraussetzung für das Auftreten der Abwehrreaktionen. Sie stellen vielfach nur eine Lösung aus einem „Triebmoralkonflikt“ dar.

Stransky (334) geht den Beziehungen und Zusammenhängen nach, die zwischen der Psychopathologie der Ausnahmezustände und denjenigen Veränderungen der Persönlichkeit bestehen, wie sie namentlich unter dem Einfluß von Schwankungen in der Stimmungslage, der Arbeitsfähigkeit und unter dem Einfluß stärkerer Affekte wie des Zornes oder auch unter irgendwelchen toxischen Einfluß zu den alltäglichen Vorkommnissen gehören. Ihre Grundlage erblickt er in einer Verschiebung innerhalb der mannigfachen, die einzelne Persönlichkeit bildenden psychologischen Grundelemente und er lehnt ihre Erklärung als eine Spaltung und Verdoppelung der Persönlichkeit ab.

Friedjung (87) schildert den Einfluß gewisser familiärer Situationen auf die seelische Entwicklung der Kinder unter besonderer Schilderung einzelner Kindheitstypen wie die des „einzigen Kindes“, des „Lieblingskindes“, des bei Ehescheidungen „umkämpften Kindes“ und des „ungeliebten Kindes“.

Gut (119) bespricht die Schwierigkeiten des alltäglichen Lebens, wie sie durch Verstimmungen, durch erhöhte Reizbarkeit und durch eigenartige Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit zu entsprechen pflegen. *Gut* geht den Entstehungen dieser Störungen des seelischen Gleichgewichts nach, zeigt den Zusammenhang zwischen körperlichen und seelischen Störungen mit der nervösen und eigenartigen Veranlagung, wie man sie bei Wehleidigen, Haltlosen, Leidensseligen, Empfindlichen und den sogenannten Pechvögeln findet, ferner ihre Entstehung aus Unregel-



mäßigkeiten in der seelischen Entwicklung des normal veranlagten Menschen und ihre Bedeutung als der Ausdruck des Leidens der Zeit (romantische Überspanntheit, absolute Idealisten, Bolschewismus, Weltflucht, Mystik). In dem Schlußkapitel ist die Rede von der seelischen Gesundheit und wie man zu ihr gelangt. Die Voraussetzung ist das Gefühl der Ehrfurcht, das die Grundlage aller Kultur ist.

Müller (237) hat die Absicht, „an weithin leuchtenden Beispielen den Verlauf und die nicht selten verhängnisvolle Bedeutung nervöser Zustände für das Leben und Wirken des Menschen zu zeigen". Die Schrift ist für das weitere Publikum bestimmt. Sie wird ihren Zweck erfüllen, wenn auch die wissenschaftliche Einreihung der Krankheitsbilder in das Gebiet der Neurasthenie nicht überall unbedingte Zustimmung finden wird. Doch handelt es sich hierbei schließlich nur um Bezeichnungen. Besonders anerkennenswert ist die ausführliche Schilderung von dem Leben Nietzsches.

2. Symptomatologisches. Pupillen-Reflexe.

Fischer (82). Allmählich sich entwickelnder, bald vorübergehender Krankheitszustand mit den Erscheinungen der linksseitigen Fazialisparese, der Schwerbeweglichkeit des Gesichtes und der Zunge bei Willkürbewegungen, der vollkommenen Unfähigkeit zu sprechen, zu phonieren, zu kauen, schlingen, lachen, gähnen, niesen, eines profusen Speichelflusses und eigenartiger Krampfzustände. *Fischer* rechnet den Fall der abortiven epidemischen Enzephalitis zu und nimmt nur einen kleinen Herd an.

Riese (281) berichtet von zwei Hirnverletzten, bei denen sich Apraxie der Gesichts- und Sprachmuskulatur ohne Beteiligung der Extremitäten eingestellt hatte. Für die Eupraxie dieser Bewegungen fordert er die Unversehrtheit eines Apparates, der von den entsprechenden Rindenfeldern beider Gehirnhälften und deren Balkenverbindungen dargestellt wird. Eine Schädigung an irgendeiner Stelle des ganzen zusammenhängenden Apparates muß genügen, um die Eupraxie zu stören.

Misch (226). Bei einer vorzugsweise in den Hirnnervenkernen und Basalganglien lokalisierten Encephalitis epidemica war die Temperatur im Wachen erhöht und im Schlaf normal. Es wird angenommen, daß dieser eigenartige Verlauf durch isolierte entzündliche Reizung des Wärmezentrums bei intaktem Kühlzentrum entstanden war und daß das Aufhören des Fiebers im Schlaf auf eine Einschläferung des infolge der Entzündung ermüdeten Wärmezentrums bei erhaltener thermolytischer Funktion des Kühlzentrums beruhte.

Reinhold (278) berichtet von Fällen, in denen Gehörstäuschungen in mehreren Sprachen, die die Kranken sprachen, auftraten. Diese Erscheinung ist schon seit *Esquirol* bekannt, aber bisher in dieser Ausführlichkeit und kritischen Beleuchtung noch nicht behandelt. Die Sprachhalluzinationen sind durchaus psychogener Entstehung und stehen mit der inneren Sprache in engster Beziehung.. Die grammatische Form, in der sie erscheinen, hat größte Ähnlichkeit mit der primitiven Sprache, wie sie *Wundt* beschrieben hat. Bei den mehrsprachlichen Gehörstäuschungen handelt es sich nicht um bewußte Übersetzungstätigkeit, sondern der



zu formulierende Gedanke tritt in direkte Beziehung zum entsprechenden Ausdruck: es ist eine Umschaltung von der einen zur anderen Sprache, was *Reinhold* im Anschluß an *Kries* als „Einstellung" bezeichnet und von der er eine aktive und passive Einstellung unterscheidet, je nachdem der Übergang spontan erfolgt oder durch Hören oder Lesen der fremden Sprache vermittelt wird. Je vollendeter die „Automatisierung" der Sprache ist, desto leichter wird die Umschaltung gelingen.

Witte (369) berichtet über eine paralyseähnliche Erkrankung, bei der sich im gesamten Zentralnervensystem und auch in einigen Körperorganen Abbauprodukte fanden, die sich mit metachromatischen Anilinfarben metachromatisch färbten.

Volland (353). Auftreten von Fieber nach Trepanation des Schädels, bei der der vordere Teil des Streifenkörpers verletzt wurde. Gleichzeitig war es zu einem starken Liquorabfluß gekommen. Der Ventrikel war nicht eröffnet. Keine Meningitis.

Redlich (275). Bei sehr kräftigem Händedruck tritt eine starke Erweiterung der Pupillen auf, wobei die Lichtreaktion unausgiebig wird und auch ganz fehlen kann. Die Erscheinung tritt am leichtesten und am häufigsten bei Kranken mit sympathikotonischen Erscheinungen auf (Basedowiker), bei denen ein Reizzustand des Sympathikus vorliegt. Einträufelung von Kokain steigerte die Erweiterung.

Brunslow und *Löwenstein* (43) berichten über den Erfolg der von *Löwenstein* herausgearbeiteten Methode durch Registrierung der auf Reizworte auftretenden Schwankungen in den feinsten Zitterbewegungen, die organische Schwerhörigkeit oder Taubheit von psychogener oder simulierter zur Unterscheidung zu bringen.

Pfister (253) bringt Beweismaterial dafür, daß der schon 1915 von ihm beschriebene Glutäalklonus (klonische Zuckungen im Glutäus maximus bei ruckartigem Heraufdrücken der Hinterbacke) gleich dem Knie- und Fußklonus als ein Zeichen für das Bestehen einer Schädigung der Pyramidenbahn angesehen werden muß.

Weigelt (358). Schlag auf die Fußsohle löst, genau ebenso wie beim Achillessehnenreflex, eine reflektorische Kontraktion im M. triceps surae aus. Der von *Witek* und *Reimer* beschriebene neue Reflex an der Planta pedis ist mit dem Achillessehnenreflex identisch. Beklopfen der Achillessehne und der Planta pedis führten stets, sowohl an normalen als auch an pathologischen Fällen zu übereinstimmendem Ergebnis.

Kastan (158). Ausgehend von der Frage, nach der Bedeutung der Lipoide für das Zustandekommen der Wassermannschen Reaktion hat *Kastan* untersucht, ob und in wiefern der positive und negative Liquor die Wirkung des Strophantins auf das Froschherz beeinflußt, und festgestellt, daß beide Liquorarten bei gleichzeitiger Strophantinwirkung den Herzstillstand herbeiführen, der positive Liquor aber erheblich schneller. Es müssen also gleichsinnig wirkende Anteile im Serum und Liquor sich befinden, die die Strophantinwirkung steigern; in den positiven Liquor müssen aber noch weitere Bestandteile des Serums übergehen.

Riese (282). Überblick über die verschiedenen Arten des Vorbeizeigens, ihre Bedingungen und ihr Vorkommen.



Bollen (26) teilt vier Fälle von abnormer Brechbarkeit der Knochen mit, die neben zahlreichen trophoneurotischen Störungen eine starke Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit, namentlich der Öffnungszuckungen zeigten. *Bollen* sieht in dem gesamten Erscheinungskomplex eine Trophoneurose, die durch eine Insufficienz der Thymus hervorgerufen wird.

Martin (216) weist den Ausdruck „psychisch vorgetäuschte" Blutdrucksteigerung zurück und will dafür den Ausdruck „psychisch bedingte Steigerung des Blutdruckes" gebraucht wissen.

Graßmann (103 u. 104) gibt allgemeine Mitteilungen über die Art des Messens des Blutdruckes und über seine Erhöhung und Verminderung und über die Behandlung des abnormen Blutdruckes.

König (179). Kurze Mitteilung, daß das Kind eines Indiers auf Hühnerei mit Kopfschmerzen, Kratzen auf der Zunge, Übelkeit und Erbrechen reagierte. Psychogene Entstehung war ausgeschlossen.

Siemens (317) erklärt diese Erscheinung als eine anaphylaktische Reaktion auf artfremdes Eiweiß. Mitteilung einer Beobachtung, daß diese Reaktion während einer Schwangerschaft verschwand.

Ružicka (294). Die Kurzsichtigkeit faßt der Verf. als Funktionsanpassung des Auges an. Namentlich die physikalischen Faktoren (Durck des halbflüssigen Inhalts des Bulbus beim Vorwärtsneigen des Kopfes, die Schwere des ganzen Bulbus und der Widerstand der Muskel sowohl des N. opticus etc.) bedingen beim jugendlichen im Wachstum begriffenen Auge die Deformation, deren Folge dann die Kurzsichtigkeit ist. Die prophylaktischen Ratschläge des Verf. resultieren dann aus seiner Auffassung. *Jar. Stuchlik* (Košice).

Prym (268). Die Ödemkrankheit ist keine Krankheit an sich, sondern nur das Ende einer Reihe von Ernährungsstörungen, sie entwickelt sich auf Grund einer allgemeinen Atrophie, die durch unzureichende Ernährung bedingt ist und für die die kalorische Insuffizienz der Nahrung, weniger das Fehlen akzessorischer Nährstoffe verantwortlich ist. Sie ist hauptsächlich charakterisiert durch allgemeine Schwäche, Polyurie, Bradykardie, Ödembereitschaft mit und ohne Ödem.

Curschmann (63). Die perniziöse Anämie ist im Greisenalter nicht selten. Oft verbirgt sie sich unter der Maske des senilen Marasmus und der Herzinsufficienz. Sie ist nicht selten einer energischen Arsenbehandlung zugänglich.

Benninghoff (18). Die Untersuchungen wurden an Gesunden und Kranken angestellt. Die stärkste Beschleunigung der Senkungsgeschwindigkeit fand sich bei Nierenkranken und schwer Tuberkulösen. Im Plasma fanden sich thermolabile Substanzen, die einer Beschleunigung herbeiführen.

Büscher (47). Das Problem der Senkungsgeschwindigkeit geht in dem Gebiet der kolloidchemischen Reaktionen auf. Es lag die Vermutung nach einem analogen Verhalten mit dem *Abderhalden*schen Verfahren vor. Als Ausgangspunkt der Untersuchungen dienten Standartkurven, die von 22 gesunden Frauen und 9 Männern gewonnen waren. Das Blut von Frauen sedimentiert 1—2 Stunden schneller als das von Männern. Auch bei Männern kamen Schwankungen von Stunden vor. Ferner ließen sich Tagesschwankungen und ein Einfluß der Ernährung feststellen.



Pilokarpin rief eine Verlangsamung der Sedimentierung hervor. Bei luischen Erkrankungen bestand eine Beschleunigung. Der senkungsbeschleunigende Körper kann nicht als ein spezifischer angesehen werden, sondern wird bedingt durch eine Art biochemische Veränderung des Serums. Eine diagnostische Sonderung von Krankheitsgruppen ist nicht möglich.

Kersten (163) hat im Anschluß an die Arbeiten *Fischers* über die Bedeutung der Funktion der Nebennieren hinsichtlich des Krampfanfalles den Blutzuckergehalt nach epileptischen Krampfanfällen untersucht und Schwankungen festgestellt, sodaß der Einfluß der Nebennieren, in Sonderheit der des Adrenalius für die Entstehung des Krampfes ihm fraglos erscheint.

3. Vererbung. Konstitution. Geschlechtliches.

Haecker (120). Die allgemeine Vererbungslehre erscheint in dritter Auflage. Sie ist stark umgearbeitet, namentlich das Kapitel über die Vererbung erworbener Eigenschaften, über die Ergebnisse der Mendelforschung, der Geschlechtsbestimmung und über die Erblichkeitsverhältnisse beim Menschen. Ausführlich ist auch das Kapitel der Chromosomenlehre behandelt. Unter dem zusammenfassenden Titel „morphologische Vererbungshypothesen" werden die in Frage kommenden Hypothesen besprochen. Das Buch führt mit außerordentlicher Gründlichkeit in die allgemeine Vererbungslehre ein und es unterscheidet sich von mancher anderen Schrift auf diesem Gebiete sehr vorteilhaft durch seine leicht verständliche Ausdrucksweise, sodaß es für einen jeden, der sich mit diesem Gebiet befassen will, ein guter Wegweiser ist. Ausführliche Literaturangaben am Schlusse eines jeden Kapitels ermöglichen die weitere Forschung.

Snell (319). Der Arbeit liegen 352 Fälle von genuiner Epilepsie zu Grunde, die aus dem Material der Forschungsanstalt stammen. Der Begriff der genuinen Epilepsie wird nach klinischen Gesichtspunkten im Anschluß an die *Kräpelin*sche Fassung genauer bestimmt und es wird betont, daß genealogische Forderungen bei ihm nicht berücksichtigt sind. Die Untersuchungen sind nach der *Diem-Koller*schen Methode und nach den Tabellen von *Kalb* für die Untersuchungen an Paralytikern angestellt. Belastung mit Geisteskrankheiten fand sich in 22,58%, mit Nervenkrankheiten in 28,28%; hiervon allein mit Epilepsie in 11,75%, mit Trunksucht in 25,89% Belastung mit Apoplexieen fand sich in gleichem Maße wie bei Geisteskrankheiten; die Belastung mit Charakteranomalien betrug 13,34%, mit Selbstmord 2,79%. Die direkte Belastung ist bei den Epileptikern mit 59,09% größer als bei Gesunden (33%), Geisteskranken (50—57%) und Paralytikern (27,3%). Unbelastet waren nur 18,74%. Bei der Epilepsie fallen von allen Belastungsfaktoren auf die Eltern 47,21%.

Karplus (155) hat das Zentralnervensystem, namentlich Gehirn, blutsverwandter Menschen, die ziemlich gleichzeitig gestorben waren, hinsichtlich etwaiger Familienähnlichkeiten untersucht. Gegenstand der Untersuchung waren die noch im Bereich des Physiologischen fallenden, anatomisch nachweisbaren, variablen Verhältnisse am Zentralnervensystem. Es ergab sich, daß das Furchenbild vererbt



werden kann. Diese Vererbung ist eine gleichseitige. Knabengehirne sind nicht reicher gegliedert und haben auch keine größere Variationstendenz als die Gehirne der Schwestern. Beim fötalen Gehirn eilt das männliche in der Furchenbildung voraus.

Bleuler (23) weist an dem Beispiel der Stimmungsstörungen und des Körperwachstums darauf hin, daß eine einzelne Funktion nicht allein abhängig ist von bestimmten Erbfaktoren, sondern daß auch mancherlei andere im Körper liegende Einflüsse auf sie einwirken.

Fuchs (89). Die Arbeit will die Frage der Klärung näher führen, in wieweit die mancherlei Charaktereigenschaften, die eine Persönlichkeit zusammensetzen, gekoppelt sind, gekoppelt vererbbar sind und in wieweit dabei die *Mendel*schen Regeln zur Wirkung gelangen. Die Arbeit ist infolge der Schreibweise außerordentlich schwer verständlich. Die vielen Fremdwörter und Wortneubildungen sind kein Schmuck der Arbeit. Der Verfasser hat es sich selbst zuzuschreiben, wenn seine Arbeit keinen Eingang in den psychiatrischen Leserkreis finden wird.

Rüdin (292) legt die Aufgaben dar, die die genealogische Familienforschung mit der Psychiatrie verbinden. Nächst dem Studium der Vererbungsvorgänge hat sich die Familienforschung den Fragen der Entartung zu widmen, von der man aber nur dann sprechen kann, wenn das Entstehen einer Minderwertigkeit auf dem Wege der Vererbung ausgeschlossen ist. Doch geht aus allem Bekannten hervor, daß es schwer ist, die Wirkung von Stoffen, die man für Entartungsfaktoren hält, zu trennen von der Wirkung von Erbanlagen. Weiterhin muß die Familienforschung in engster Beziehung zur klinischen Psychiatrie bleiben; vielerlei unklaren Krankheitsbildern wird eine Entstehung aus verschiedenartigen Erbmassen zu Grunde liegen. Wichtig ist ferner die Fühlung mit der biologischen Medizinalstatistik und die Berücksichtigung der Volksbeschreibung, unter der die statistische Erfassung gewisser Merkmale von umschriebenen Bevölkerungsgruppen und das Studium ihrer Abhängigkeit von einander verstanden wird. Beziehungen bestehen auch zur pathologischen Anatomie, zur Psychologie, Anthropologie und inneren Medizin.

Siemens (314). Es muß das Ziel der Rassenhygiene sein, durch eine wohlüberlegte Geburtenpolitik die Geburtenverminderung der Tüchtigen zu bekämpfen, die uns mit dem Rassenverfall bedroht. Der Geburtenrückgang bedroht uns nicht nur in quantitativer Hinsicht, sondern er bewirkt auch eine fortschreitende Verminderung der durchschnittlichen Tüchtigkeit unseres Volkes und damit einen Rassenverfall.

Schaxel (299). Der Verfasser kommt zu folgendem Schluß: Das Problem der Vererbung erworbener Eigenschaften ist in seiner traditionellen Form nicht mehr aufrecht zu halten. Es ist nicht gelöst, aber erledigt, weil die alte Fragestellung aufgegeben und von einer Reihe anders gerichteter, mehr auf faßbare Einzelheiten des Geschehens bezogener Fragen abgelöst worden ist.

Peterfi (252). Die Geschlechtsbestimmung und die Geschlechtsverteilung sind Probleme der Geschlechtsvererbung. Der Schlüssel der Geschlechtsvererbung ist die geschlechtlich verschiedene Chromosomenzahl der unreifen Geschlechtszellen.



Fischer (83) setzt unter Hinweis auf den eunuchoiden Typus auseinander, wie bestimmte Anomalien des Körperbaues, die zum Teil noch in das Gebiet der Degenerationszeichen gerechnet werden, der morphologische Ausdruck einer Störung der innersekretorischen Drüsentätigkeit ist und einen Rückschluß auf die innersekretorische Organisation des Körpers gestattet. Diesen Erscheinungen auf körperlichem Gebiet ist eine bestimmte Reaktionsform der Psyche koordiniert. Die psychischen Funktionen sind nicht selbständig gewordene Gehirnanlagen, sondern Reaktionen des Nervensystems auf Vorgänge im Körper. Auch die Keimdrüse wirkt nicht direkt auf das Gehirn ein, sondern auf dem Wege der Korrelation. In diese korrelative Wechselwirkung der Organe des Organismus ist das Gehirn eingeschaltet. Es ist also kein den Körper beherrschendes autonomes Organ.

Kretschmer (185) weist im Anschluß an seine unter dem Titel Körperbau und Charakter erschienenden Untersuchungen von etwa 400 Schizophrenen, Zirkulären und Psychopathen hinsichtlich ihres Körperbaues, Charakters und ihrer Heredität auf das häufige Zusammentreffen von schizoiden Typus, eunuchoiden Körperbau, Störungen in dem Sexualleben und in der Pubertätsentwicklung hin.

Kříženecký, Jar. (189). Bei der Besprechung der Grundidee und der Durchführung Steinachscher Versuche weist Verf. darauf hin, daß schon vor Jahren derartige Versuche auch mit gleichem Erfolg ausgeführt wurden. Zitiert u. a. den Zoologen *Harms* aus der neueren, dem Biologen *Brown-Séquard* aus der älteren Zeit. — Die „Verjüngung" sieht er nur in dem Einwirken der Pubertätsdrüse der auf die Entwicklung und Unterhaltung der Sexualmerkmale. Wendet sich gegen die Steinach'sche Ansicht der wirklichen Verjüngung der Zellenkomplexe und der nicht begrenzten Lebenzeit der Zellen, basiert auf der Anschauung über das Altern als primäre Eigenschaft der Lebewesen überhaupt und resultiert, daß es wohl möglich ist, daß unter der Wirkung der Hormonen die Alternprozesse eine Verlangsamung erfahren können, ja sogar der Umschlag des natürlichen Prozesses (nach *Ružička* Abbau der stabilen Stoffe und Neubau der labilen) zustande kommen könnte, aber bestreitet die Identität des so gewonnenen Zustandes mit dem Zustande im entsprechenden physiologischen Alter des betreffenden Zellenkomplexes. — Die Verjüngung ist nämlich zum großen Teil nur scheinbar. Es scheint, daß die Wirkung der Pubertätsdrüse bei der Verjüngung als nicht spezifisch zu bezeichnen ist. *Jar. Stuchlik* (Košice).

Křivý, M. (188). Ausführliches Referat über das in Aufschrift angegebene Thema nach den Werken von Gallippe. — Feuilletonartig. —

Jar. Stuchlik (Košice).

Bendy (16). Verf. wendet sich gegen Anschauung, daß nur die zwittrige Ausbildung der Pubertätsdrüse die einzige Ursache des Hermaphroditismus wäre, und macht aufmerksam auf Fälle, bei welchem z. B. eine Vergrößerung der Gl. suprarenalis konstatiert wurde (*Marchand*). Praktisch resultiert daraus, daß der event. operative Eingriff sich nicht nur auf die Implantation der Pubertätsdrüse beschränken braucht, sondern auch andere Drüsen berücksichtigen muß.

Jar. Stuchlik (Košice).

Kronfeld (191). Unter dem Namen „Sexus" läßt *Magnus Hirschfeld* aus



seinem Institut für Sexualwissenschaft Einzelschriften erscheinen, deren erster Band in einer Abhandlung über psychosexuellen Infantilismus von *Kronfeld* besteht. Nach einer Erörterung, inwiefern der Infantilismus als eine Konstitutionsanomalie aufzufassen ist, werden die Grundlagen infantilistischer Symptome, die Erscheinungsformen des psychischen Infantilismus, die Psychogenese des sexuellen Verhaltens und seiner Eigenart besprochen. Hieran schließt sich ein reichhaltiges Kapitel klinisch-kasuistischen Materials.

Friedländer's (88) Arbeit bildet den zweiten Band der Sammlung Sexus. Die Frage der Impotenz des Weibes wird von anatomischer, physiologischer, psychologischer und klinischer Seite unter Hinweis auf die Literatur eingehend erörtert.

Brauer (34) liefert den dritten Band der Sammlung Sexus mit einer Abhandlung über die abnehmende Fruchtbarkeit der berufstätigen Frau. Nach einer Besprechung des Problems des Geburtenrückganges und der Entwicklung und Ausbreitung der weiblichen Berufstätigkeit werden die biologischen Schädigungen und die allgemeinen sozialen Beeinflussungen der weiblichen Fruchtbarkeit durch die Berufstätigkeit erörtert; weiterhin die verschiedenen Wirkungen der Berufstätigkeit auf das Verhalten zur Fortpflanzung bei der unverheirateten und der verheirateten Frau, und zum Schluß die besonderen Wirkungen sozialer Art einzelner Berufe auf die Fruchtbarkeit der berufstätigen Frau.

Toepel's (347) Arbeit ist eine Fortführung und kasuistische Erweiterung der Arbeit von *Schneider*, der vom erlebenden Subjekte aus die Homosexualität und Homoerotik untersuchte. *Toepel* stellt 8 Typen für die Homosexualität des Weibes auf und gibt drei ausführliche Schilderungen von lesbischer Liebe bei Frauen.

Kirchhoff (166) macht unter zu Grunde legen der Forschungen *Steinachs* den bedeutungsvollen Versuch, alle die so sehr verschiedenen Erscheinungsformen der sexuellen Anomalieen auf eine einheitliche Formel hinsichtlich ihres Wesens und ihrer Entstehung zu bringen. Er unterscheidet neben der Keimdrüse, die nur die Aufgabe hat, Samen und Eizelle nach außen abzuscheiden, mindestens drei weitere Geschlechtsdrüsen, die *Steinach* Pubertätsdrüsen nennt. Zunächst die den Geschlechtstrieb erzeugende Triebdrüse, dann die somatische Geschlechtsdrüse, die die körperlichen Geschlechtsmerkmale hervorruft, und drittens die psychische, d. h. allgemein auf die Seele einwirkende Geschlechtsdrüse, der seelische Geschlechtsgefühle, wie die Aktivität des Mannes und die Passivität des Weibes zugeschrieben werden müssen. Der Geschlechtstrieb ist ihr nicht unterworfen. Alle drei sind voneinander unabhängig. Die Psyche an sich ist ungeschlechtlich; erst dadurch, daß die Triebdrüse und die psychische Geschlechtsdrüse auf dem Wege des Nervensystems auf sie einwirken, erhält sie eine besondere geschlechtliche Färbung. Abnormitäten der Keimdrüse bedingen die verschiedenen Arten des Zwittertums; Abweichungen in der Funktion der Triebdrüse, Anomalien des Geschlechtstriebes (Homosexualität); Störungen der somatischen Geschlechtsdrüse rufen körperliche Zwittererscheinungen hervor; Abweichungen im Bau und in der Funktion der psychischen Geschlechtsdrüse bedingen reine seelische Zwischenstufen. Alle seelischen Geschlechtsabweichungen beruhen auf falschem Denken; sie finden sich nur beim Menschen.



4. Behandlung.

Stuchlik (339). Der Ausgangspunkt jedwelcher Psychotherapie ist die Voraussetzung der gegenseitigen Wirkung vom Psychischen und Somatischen. Diese Wirkung können wir eigentlich bei allen Vorgängen feststellen, sodaß also bei beliebiger pathologischer Veränderung die psychische Wirkung mit ausgeübt werden kann. Es gibt weniger Prozesse, die man nicht psychisch beeinflussen könnte, als solche, auf welche man nur somatisch, mechanisch, chemisch etc. wirken könnte. Also Psychotherapie ist eigentlich in jeder Art von Therapie inbegriffen. Im engeren Sinne des Wertes verstehen wir dann unter dem Begriffe der Psychotherapie gewolltes direktes psychische Wirken eines Menschen auf dem anderen zum Zwecke des Erzielens eines bestimmten Zustandes mit Hilfe des Beseitigens der Störungen des psychischen Mechanismus. — Verf. analysiert dann einige Arten der Psychotherapie, diskutiert die Rolle der affektiven und intellektuellen Sphäre der menschlichen Seele, und demonstriert einige Eingriffe.

Demonstration eines Ruminanten, der durch direkte Suggestionen im Wachzustande zum Verlust seiner Angewöhnung gebracht worden war.

Jar. Stuchlik (Košice).

Michalke (222). Die essigsaure Verbindung des Nirvarnol hat nicht die unangenehmen Nebenwirkungen des Nirvarnols. Gebrauchsdosen 0,3—0,9 pro dosi und 0,6—1,8 pro die.

In einer zweiten Arbeit (223) hebt *Michalke* den günstigen Einfluß der Pomontanahrung bei körperlichen Schwächezuständen hervor. Promonta ist ein Präparat, das aus tierischen Gehirnen gewonnen wird und Phosphatide und polyvalente Vitamine animalischen und vegetabilischen Ursprungs enthält.

Röll (285) bestätigt den günstigen Einfluß der Pomontanahrung.

Sommer (320) hebt die Bedeutung bestimmter Heilquellen für die Behandlung gewisser Formen von Neurasthenie hervor.

Meyer (221) erkennt die Berechtigung, künstlichen Abort oder Sterilisation einzuleiten, nur an bei der multiplen Sklerose, bei der Dementia praecox, wenn in der Schwangerschaft neue Schübe auftreten, bei angeborener Geisteschwäche im Sinne des § 176, 2 StGB. und bei Schwangerschaftsdepressionen.

Pirig (262) hat subkutane Injektion von 20% Hypophysenextrakt, der die wirksamen Stoffe des glandulären Vorderlappens, des Intermediärstückes und des Neurohypophysenhinterlappens enthielt, sehr brauchbar gefunden bei einem Fall von chronischer Stuhlverstopfung bei einer 60 jährigen Frau mit Psychose bei Athyreoidismus.



4. Funktionelle Psychosen.

Ref.: Umpfenbach-Bonn.

1. *Abély, Xavier*, Sur un cas de délire d'interprétation. Annal. méd.-psychol. Jahrg. 79, S. 446.
2. *Abraham, K.* (Berlin), Zwei Fehlhandlungen einer Hebephrenen. Internat. Ztschr. f. Psychoanalyse Jahrg. 7, S. 208.
3. *Adler, Arthur* (Berlin), Über die mutmaßlichen Beziehungen einiger katatoner Symptome zur Medulla oblongata. Psychiatr.-Neurol. Wschr. Jahrg. 23, S. 70.
4. *Derselbe*, Über die Einteilung der Psychosen. Psychiatr.-Neurol. Wschr. Jahrg. 23, S. 19.
5. *Allen, Charles Lewis*, Episodic mental states and borderline conditions in psychiatry. California State journ. of ment. Bd. 19, S. 150.
6. *Arndt* (München), Die leichten Formen des manisch-depressiven Irreseins. Sitzungsbericht Berl. Klin. Wschr. S. 1167.
7. *Austregesilo, A*, Kataphrenie. Brasil-med. Jahrg. 35, S. 35. (Portug.)
8. *Barbé, André* (Paris), L'obsession-impulsion au suicide et à l'homicide. L'Encéphale. Ann. 16, no. 6.
8. *Barbé, A* et *de Laulerie* (Paris), Un obsédé génital onaniste. (Société de psych., Paris). L'Encéphale. Ann. 16, S. 217.
9. *Bausch, W.* (Goddelau), Zum Vorkommen elementarer Krämpfe bei Katatonie. Mtschr. f. Psychiatr. u. Neurol. Bd. 50, S. 319. (S. 101*.)
10. *Beaussart, P.*, Etat dépressif, tentative de suicide. Tétanos céphalique. Rechute, état confusionnel (tétanos encéphalique). Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Jahrg. 37, S. 546.
11. *Becker, Werner, H.* (Herborn-Nassau), Stuporlösung durch Kokain. Psychiatr.-Neurol. Wschr. Jahrg. 23, S. 219. (S. 101*.)
12. *Belloni, G.* (Brescia), Contributo allo studio delle psicosi post-influenzali. Osservazioni su 40 casi. Ann. di neurol. Jahrg. 38, S. 97.
13. *Benon, Raoul* (Nantes), L'hyperthymie aiguë simple. Progrès méd. Jahrg. 48, S. 382.
14. *Derselbe*, Simulation de démence précoce (hyperthymie chronique). Bull. méd. Jahrg. 35, S. 985.
15. *Derselbe*, Hallucinoses aiguës délirantes et psychoses chroniques secundaires. Bull. méd. Jahrg. 35, S. 378.
16. *Berger, H.* (Jena), Zur Pathogenese des katatonen Stupors. Münch. med. Wschr. Jahrg. 68, S. 448. (S. 101*.)
17. *Beringer* und *Düser* (Heidelberg), Über Schizophrenie und Körperbau. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 69, S. 12.
18. *Bertolani del Rio* (Reggio-Emilia), Demenza precoce e manifestationi di spasmofilia. Riv. sperim. di fren. Arch. ital. per malatt. nerv. e ment. 45, S. 125. (S. 102*.)



19. *Berze, J.* (Wien-Steinhof), Schizophrenie und psychologische Auffassungen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 77, S. 58.
20. *Bianchi, Gino* (Parma), Psicosi halluzinatoria acuta consecutiva ad atto operativo con rachianestesia in alcoholista. Policlinico, sez. prat. Jahrg. 28. S. 1459.
21. *Bleuler, E.* (Zürich), Schizophrenie und psychologische Auffassungen. Zugleich ein Beispiel, wie wir in psychologischen Dingen aneinander vorbeireden. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, S. 135.
22. *Blumenthal, Kurt* (Rostock-Gehlsheim), Psychose bei Hydrocephalus, Meningitis serosa, Hirnschwellung und Pseudotumor. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 64, S. 307.
23. *Bohnen, Paul* (Rostock), Beiträge zur Kenntnis der Involutionsparanoia. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, S. 451.
24. *Bonhoeffer, Karl* (Berlin), Psychosen im Kindesalter. Sitzungsber. d. Berl. Gesellsch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten 14. III 1921. Ztrlbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 25, S. 229.
25. *Borowiecki, Stephan*, Katalepsie, Echopraxie und Befehlsautomatie. Polskie czasop. lek. Bd. 1, H. 9—11.
26. *Bostroem, A.* (Rostock-Gehlheim), Über Leberfunktionsstörungen bei symptomatischer Psychose, insbesondere bei Alkoholdelirien. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 68, S. 48.
27. *Borberg, N. C.* (Kopenhagen), Histologische Untersuchungen der endokrinen Drüsen bei Psychosen. Archiv f. Psych. u. Nervenkr. Bd. 63, S. 391.
28. *Boven, William*, Étude sur les conditions de développement au sein des familles, de la schizophrénie et de la folie maniaque-dépressive. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 6, S. 89.
29. *Briand, Marcel*, Les troubles mentaux de l'encéphalite épidémique au point de vue médico-legal. Bull. de l'Académie d. méd. Bd. 86, S. 286.
30. *Derselbe*, et *A. Rouquier*, Les psychoses dans l'armée. Arch. de méd. et de la pharm. milit. Bd. 74, S. 143.
31. *Dieselben*, Addendum à l'article intitulé „Les psychoses dans l'armée". Arch. de méd. et de la pharm. milit. 74, S. 215.
32. *Büscher* (Kiel), Über die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Geisteskranken. Sitzungsber. Verein norddeutscher Psychiater u. Neurologen in Kiel am 13. XI 1920. Allg. Ztschr. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 77, S. 140.
33. *Burr, Charles W.* (Philadelphia), Amnesia after child birth. The Amer. journ. of the med. sc. vol. 121, p. 271.
34. *Buscaino, V. M.* (Firenze), Nuovi dati sulla distribuzione et sulla genesi delle „zolle di disintegrazione a grappolo" dei dementi precoci. Ricerche anatomo-patologiche e sperimentali. (Clin. di malattie nerv. et ment. istit. di studi sup. Firenze). Riv. di patol. nerv. e ment. Bd. 28, S. 197. Bd. 26, S. 57.

35. *Capgras, J.*, Manie intermittente et délire systematisé chronique. (Soc. clin. de méd. ment. Paris 17. I 1921.) L'Encéphale 16, S. 55.
36. *Derselbe* et Paul *Abely*, Un cas atypique et psychose hallucinatoire chronique. L'Encéphale Jg. 16, S. 331.
37. *Carver, Alfred*, Notes on the analysis of a case of melancholia. Journ. of neurol a. psychopathol. Bd. 1, S. 320.
38. *Derselbe*, Anxiety psychoneurosis. Lancet. vol. 200, p. 167.
39. *Cellier, A.*, (Salpêtrière Paris), Les mélancoliques anxieux persécutés. L'Encéphale Jg. 16, S. 329.
40. *Derselbe, André* (Paris), Les mélancoliques anxieux persécutés. Ann. méd.-psych. Bd. 79, S. 13. 110.
41. *Chaslin, Ph.* et *P. Chatelin*, Délire érotique avec perversion sexuelle. Ann. méd.-psych. Jg. 79, S. 132.
42. *Dieselben* et *J. Myerson*, Note sur quelques cases anormaux de mélancolie. Ann. méd.-psych. Jg. 79, S. 425.
43. *Clark, L. Pierce* (New York), A psychological study of some mental defects in the normal dull adolescent. Med. record vol 99, Nr. 24.
44. *de Clérambault* (Paris), Les délires passionels. L'Encéphale 16, S. 157.
45. *Colin, Henri* (Villejuif), Les séquelles psychiques de guerre. (Soc. clin. de méd. ment. Paris 17. I 1921.) L'Encéphale Jg. 16, S. 54.
46. *Courbon, Paul* (Amiens), Les séquestrations volontaires et les psychoses de la liberté. Ann. méd.-psych. Jg. 79, S. 398.
47. *Craemer, Otto*, Zur Psychopathologie der religiösen Wahnbildung. Inaug.-Diss. Jena.
48. *Damaye, Henri* (Bailleul), Délire aiguë au cours d'une mélancolie anxieuse. Pathogénie et traitement. L'Encéphale Jg. 16, S. 244.
49. *Demole, V.* (Bel Air, Suisse), Essai de traitement de la démence précoce par le Somnifèn. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 8, S. 134.
50. *Da Rocha, Franco*, La manie chronique. Ann. méd.-psych. Jg. 79, S. 412.
51. *Del Greco, F.* (Aquila), Sui margini della clinica: le follie e genesi psichica. Note di psicopatologia sociale. (Manicom. prov. Aquila.) Note e riv. di psichiatr. Bd. 9, S. 369.
52a. *Devine, Henry*, An expiation process in a case of schizophrenia. Journ. of neurol. a. psychopath. Bd. 2, S. 224, 1921.
52. *Dimitz, Ludwig* und *Paul Schilder* (Wien), Über die psychischen Störungen bei der Encephalitis epidemica des Jahres 1920. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 68, S. 299.
53. *Dooley, Lucile*, A psychoanalytic study of manic-depressive psychoses. Psychoanal. rev. Bd. 8, S. 38 = 144.
54. *Duse, E.* (Treviso), Tubercolosi e psicosi. Giorn. di psichiatr. clin. e tecn. manicom. Jg. 48, S. 67.
55. *Dupain* et *Bouger*, Délire d'espérance chez une débile interprétante. L'Encéphale Jg. 16, S. 331.



56. *Eichler*, *Michael Josef*, Der Ausbruch der manischen Erregung. Intern. Ztschr. f. Psychoanalyse Jg. 7, S. 198.

57. *Ewald*, *Gottfried* (Erlangen), Das manisch-melancholische Irresein und die Frage der „Krankheitseinheit". Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 63, S. 64. (S. 99*.)

58. *Derselbe*, Charakter, Konstitution und der Aufbau der manisch-melancholischen Psychosen unter besonderer Berücksichtigung der biologischen Grundlagen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 71, S. 1.

59. *Derselbe*, Über Eiweißadsorption in dem Serum von Geisteskranken und ihre Beziehung zur Abderhaldenschen und Wassermannschen Reaktion. Mtschr. f. Physiol. u. Neurol. 49, S. 343.

60. *Fell*, *Egbert*, *W.*, The prognosis of dementia praecox. A consideration of some of the factors involved. Chicago med. rec. Bd. 43, S. 44.

61. *Ferrarini*, *Conrado* (Lucca), Diagnosi differenziale fra demenza precoce e frenosi maniaco-depressiva. (Manicomo prov. Lucca.) Rass. di studi psichiatr. Bd. 10, S. 13.

62. *Fränkel*, *Fritz* (Berlin), Über die psychiatrische Bedeutung der Erkrankungen der subkortikalen Ganglien und ihre Beziehungen zur Katatonie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 70, S. 312. (S. 102*.)

63. *Francioni*, *Gino* (Manicom prov. Lucca), Contributo clinico statistico alle prognosi della frenosi maniaco-depressiva. Rass. di studi psichiatr. Bd. 10, S. 79.

64. *Gaupp*, *R.* (Tübingen), Die dramatische Dichtung eines Paranoikers über den „Wahn". Ein weiterer Beitrag zur Lehre von der Paranoia. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 69, S. 182. (S. 107*.)

65. *Gelma*, *Eugene*, Etats d'excitation périodiques synchromes avec des crises de rétentation uréique suivies de débacles polyuriques concomitantes avec la période d'accalmie. Rev. neurol. Jg. 28, S. 281.

66. *Gerstmann*, *Josef* und *Paul Schilder* (Wien), Zur Frage der Katalepsie. Med. Klinik. Jg. 17, S. 193.

67. *Graziani*, *Aldo* (Manicom. Castiglione), Paranoia e psicosi maniaco-depressive. Forme associate. (Considerazioni su di un caso.) Nota clinica. Giorn. di psichiatr. clin. e tecn. manicom. Jg. 49, S. 1.

68. *Guttmann*, *A* (Berlin). Halluzinationen und andere Folgeerscheinungen nach experimenteller Vergiftung mit Anhalonium Lewinii (Meskal). Sitzungsber. Deutsche med. Wschr. 47, S. 144.

69. *Halberstadt*, *G.* (Paris), La céphalée dans la folie périodique. Paris méd. Jg. 11, S. 513.

70. *Hamel*, *J*, et *P. Vernet*, Contribution à l'étude de la manie chronique. L'Encéphale Jg. 16, S. 515.

71. *Harrington*, *M. A.*, Wahnglaube und geistige Einstellung. Journ. of



nerv. a. ment. dis. Bd. 54, S. 193. Referat: Klin. Wschr. Jg. 1, S. 442.

72. *Hartenberg, P.*, Traitement de la dépression mélancolique par la strychnine à très hautes doses. Progrès méd. Bd. 48, S. 123.

73. *Hauptmann, A.* (Freiburg i. Br.), Über diagnostische Cutanreaktion bei Dementia praecox. Vortrag auf d. südwestd. Psych.-Vers. in Karlsruhe, November 1920. Referat: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref. in Erg.-Bd. 23, S. 239.

74. *Hegar, August* (Wiesloch i. Baden), Ein eigenartiger Selbstmord durch Ersticken. Psych.-neurol. Wchschr. Jg. 23, S. 92.

75. *Heise, Hans*, Der Erbgang der Schizophrenie in der Familie D. und ihren Seitenlinien. (Aus der Psychiatr. Klinik in Marburg.) Inaug.-Diss. u. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 64, S. 229.

76. *Henderson, D. K.*, War psychoses — the infective-exhaustive group. Glasgow med. journ. Bd. 96, S. 321.

77. *Herschmann, Heinrich* (Wien), Bemerkungen zu der Arbeit von Rud. Allers: „Über psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung". Der Verfolgungswahn der sprachlich Isolierten. Ztschr. f. d. ges Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 66, S. 346.

78. *Hilgert, Fritz*, Ein Fall von nichtparalytischer Psychose bei Tabes dorsalis. Inaug.-Diss. Greifswald.

79. *Hoffmann, A. H.* (Tübingen), Die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen. (Studien über Vererbung und Entstehung geistiger Störungen. Rüdin. II.) Berlin, Verl. von Jul. Springer. 233 S.

80. *Holmes, Bayard*, The arrest and cure of dementia precox. Med. rec. Bd. 100, S. 231.

80a. *Hoffmann, Hermann*, Die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen. Genealogisch-charakteriologische Untersuchungen. Herausg. von Ernst Rüdin. Berlin 1921. Julius Springer. 233 S.

81. *Hübner, A. H.* (Bonn), Weitere Beobachtungen über die manisch-depressive Anlage. Sitzungsber. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 77, S. 334.

82. *Jakob, A.* (Hamburg-Friedrichsberg), Über einen eigenartigen Krankheitsprozeß des Zentralnervensystems bei einer chronischen Psychose mit katatonen Symptomen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 66, S. 178.

83. *Derselbe* und *F. Meggendorfer* (Hamburg-Friedrichsberg), Über einen Fall von Lepra mit Psychose. Arch. f. Dermatologie u. Syphilis. Orig. Bd. 130, S. 367.

84. *Jacobi, Walter* (Jena), Zur Frage der schizophrenen Geistestörung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 64, S. 111. (S. 102*.)

85. *Derselbe*, Das Dementia praecox-Problem im Lichte der interferometrischen Methode. Vers. mitteldeutscher Psychiater u. Neurologen



am 31. X 1920 in Jena. Sitzungsbericht: Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 63, S. 345.

86. *Derselbe*, Zur Arbeit von Sagel: Intrakutane Rindereiweißreaktion bei Katatonie und Hebephrenie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 63, S. 59.
87. *Derselbe*, Über psychische Störungen bei Basalgangliengeschwülsten. Mschr. f. Neurol. u. Psych. Bd. 49, S. 125.
88. *Jelgersma*, *G.*, Die Stellung der manisch-depressiven Psychose im System der Psychosen. Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 65, S. 2779.
89. *Kahn*, *Eugen* (München), Zur Frage des schizophrenen Reaktionstypus, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 66, S. 273. (S. 102*.)
90. *Derselbe*, Bemerkungen zur Frage des Schizoids. Jahresvers. des Ver. bayer. Psychiater, München 30. u. 31. VII 1921. Referat: Ztrlbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 26, S. 567.
91. *Kahn*, (Paris), Mélancolie et psychasthénie associées. L'Encéphale, Jg. 16, S. 159.
92. *Kehrer*, *F* (Breslau), Die Psychosen des Um- und Rückbildungsalters Kritisches Übersichtsreferat. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referate. Bd. 25, S. 1. (S. 107*.)
93. *Keschner*, *Moses*, Abnormal mental states encountred in a detention prison. Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 5, S. 382.
94. *Kielholz*, *A.* (Königsfelder-Aargau), Über Untersuchung und Beobachtung psychischer Störungen nach Unfällen. Schweizer Rundschau f. Medizin. Bd. 21, S. 301 u. 313.
95. *Kill*, *Joseph M.* (Bonn), Beiträge zur Verlaufsart beim manisch-depressivem Irresein. Arch. f. Psych. Bd. 63, S. 815. (S. 100*.)
96. *Kläsi*, *Jakob*, Über Somnifen, eine medikamentöse Therapie schizophrener Aufregungszustände. Schweizer Archiv f. Neurol. u. Psych. Vol. 8, S. 131.
97. *Kleist*, *K.* (Frankfurt a. M.), Autochthone Degenerationspsychosen. Ztschr. f. d. ges Neurol. u. Psych. Bd. 69, S. 1.
98. *Klippel*, *Deny et Florand*, Délire d'influence à début onirique. (Soc. de psych., Paris). L'Encéphale Jg. 16, S. 218.
99. *Derselbe*, Un cas de délire hallucinatoire chronique. L'Encéphale Jg. 16, S. 159.
100. *Kollibay-Uter* (Heidelberg-Hamburg), Über die Jahreskurve geistiger Erkrankungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 65 S. 351.
101. *Krabbe*, *K. H.* (Kopenhagen), Myoclonie-Schizophrénie familiale. Acta medica scandinavica. Bd. 54, S. 456. (S. 108*.)
102. *Kraepelin*, *E.* (München), Bericht über eine von *Fleck* durchgeführte Arbeit, betreffend die Tagesschwankungen bei manisch-depressiven Kranken. (Ausführl. Mitt. in *Kraepelin*, Psychologische Arbeit VII [1]).



Aus der deutschen Forschungsanstalt f. Psychiatrie, München. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref. u. Erg. Bd. 23, S. 101.

103. *Kramer, Franz* (Berlin), Über eine nach *Steinach* operierte Melancholie. Med. Klin. Nr. 31, S. 952.
104. *Kretschmer, Ernst* (Tübingen), Über biologische Beziehungen zwischen Schizophrenie, Eunuchoid, Homosexualität und moralischer Schwachsinn. Sitzungsber. Allg. Ztschr. f. Psych., Bd. 77, S. 332.
105. *Derselbe*, Keimdrüsenfunktion und Seelenstörung. Deutsche med. Wschr. 47, S. 849.
106. *Krisch, Hans* (Greifswald), Die Luminalbehandlung motorischer und psychischer Erregung. Klin. Wschr. Jahrg. 1, S. 518.
107. *Küppers, E.* (Breiburg i. Baden), Zur Psychologie der Dementia praecox. Sitzungsber. Archiv f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 62, S. 913.
108. *Ladame, M.*, A propos de la „folie religieuse". Ann. méd. psychol. 79, S. 26 u. 121.
109. *Lägel, Karl* (Arnsdorf i. S.), Betrachtungen über den inneren Zusammenhang der katatonischen Krankheitserscheinungen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, S. 314.
110. *Lafora, Gonzalo R.*, Betrachtungen über den genetischen Mechanismus der paranoiden Psychos. Siglo méd. Jg. 68, S. 1169 u 1201. (Spanisch.)
111. *Laignel-Lavastine* (L'hôpital Laënnec, Paris), Der Frauenbart in Beziehung zur Endokrine-Psychiatrie. Paris méd. Jg. 11, S. 325.
112. *Derselbe*, Zoophilie chez une hypo-ovarienne. (Soc. de psychol. Paris). L'Encéphale Jg. 16, S. 217.
113. *Derselbe*, Hallucinose pure sans idées de persécution. L'Encéphale Jg. 16, S. 160.
114. *Derselbe*, Obsédé délirant hypertendu. (Soc. de psych. Paris, 16. XII 1920.) L'Encéphale Jg. 16, S. 58.
115. *Derselbe*, De l'obsession au délire. Progrès méd. No. 10, S. 104.
116. *Derselbe*, Les troubles psychiques de l'encéphalite épidémique. Gaz. hôp. civ. et milit. Jg. 94, S. 389 u. 405.
117. *Derselbe*, Introduction à la pathologie des instincts. Instinct de conversation et idée de persécution. Progrès méd. 48, nr. 52.
118. *Laignel-Lavastine et Alajouanine* (Paris), Délire d'influence et psychose familiale. L'Encéphale 16, S. 58.
119. *Laignel-Lavastine et Boutet* (Paris), Interprétateur expliquant ses troubles par la literature psychique. Presse méd. Ann. 29, no. 51.
120. *Laignel-Lavastine et Jean Vinchon* (Paris), La manie chronique. Essai de tableau clinique. Ann. méd.-psychol. 79, S. 203.
121. *Landauer, Carl* (Frankfurt a. M.), Psychiatrische Beobachtungen beim Grippeschub im Spätwinter 1920. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 63, S. 477.

122. *Lange, Johannes* (München), Über manisch-depressives Irresein bei Juden. Münch. med. Wschr. Jahrg. 68, S. 1357. (S. 100*.)

123. *Derselbe*, Über zirkuläre Erkrankungen bei Juden. (Jahresvers. d. Ver. bayr. Psychiater München, 30. u. 31. VII. 1921.) Referat. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 28, S. 570.

124. *Lazell, Edward W.*, The group treatment of dementia praecox. Psychoanalyt. rev. Bd. 8, S. 168.

125. *Legrain* (Villejuif), Folie, crime et alcool. Ann. méd.-psych. Jahrg. 79, S. 385.

126. *Lempp, Carl* (Stuttgart), Die Lebens- und Krankheitsdauer bei Geisteskranken. Archiv f. Psychiat. u. Nervenkrankh. Bd. 63, S. 272.

127. *Lenz, Fritz* (München), Entstehen die Schizophrenien durch Auswirkung rezessiver Erbanlagen? Münch. med. Wschr. Jahrg. 68, S. 1325. (S. 103*.)

128. *Leroy Raoul et Barbé* (Paris), Confusion mentale post-commotionelle avec impulsions chez un prédisposé. Soc. de psychiat. Paris 16. XII. 1920. L'Encéphale Jahrg. 16, S. 57.

129. *Lessing, Oskar* (Berlin), Innere Sekretion und Dementia praecox. Verlag von S. Karger, Berlin 1921. 63 S. 6 Mark. (S. 103*.)

130. *Levet et Verret*: Un testament de persécuté. Ann. méd.-psych. Bd. 2, S. 31.

131. *Lichtenstein, Paul Hellmuth*, Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach Infektionskrankheiten. Inaugural-Dissertation. Kiel.

132. *Liebermeister, G.* (Düren Rhld.). Tuberkulose und Psychosen. Sitzungsbericht. Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 62, S. 214.

133. *Löwy, Max* (Prag), Aus dem differentialdiagnostischen Grenzgebiet zwischen hysterischen und schizophrenen Symptomen. Mtschr. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 49, S. 272.

134. *Lwoff et Targowla*, Un cas de mutisme. L'Encéphale Jahrg. 16, S. 332.

135. *Martiensen, Johann Otto* (Heidelberg), Katamnestische Erhebungen über 312 Fälle schizophrener Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Kriegsteilnehmerschaft. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 77, S. 295.

136. *Mayer, Wilhelm*, (München), Über paraphrene Psychosen. Ztsch. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 71, S. 187.

137. *Derselbe*, Über paraphrene Psychosen. (Aus den wissenschaftlichen Sitzungen der deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referate. Bd. 26, S. 77. (S. 108*.)

138. *Mayer-Gross, W.* (Heidelberg), Über die Stellungnahme zur abgelaufenen Psychose. Sitzungsbericht. Südwestdeutsche Psychiater-Vers. am 6. u. 7. XI. in Karlsruhe. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 841.

139. *Dasselbe*, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. u. Erg. Bd. 23, S. 235.



0. *Derselbe*, Die Enthüllung des Charakters in der Depression. Vortrag auf der Tagung der südwestdeutschen Neurol. u. Psychiater in Baden-Baden im Juni 1921. Referat. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referatenteil Bd. 27, S. 405.

1. *Derselbe*, Beiträge zur Psychopathologie schizophrener Endzustände. I. Mitteilung, Über Spiel, Scherz, Ironie und Humor in der Schizophrenie. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 69, S. 332.

2. *Medow, W.* (Rostock-Gehlsheim), Eine Gruppe depressiver Psychosen des Rückbildungsalters mit ungünstiger Prognose. (Erstarrende Rückbildungsdepression). Archiv. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 64, S. 480. (S. 108*.)

12a. *Minkowski, E.*, La schizophrenie et la notion de maladie mentale. (La conception dans d'oeuvre de Bleuler) l'Encéphale Jg. 16, S. 247.

13. *Menninger, Karl S.*, Influenza and melancholy. Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. 53, S. 257.

14. *Meyer, E.* (Königsberg i. Pr.), Über Eifersuchtswahn, insbesondere seine Beziehung zum manisch-depressiven Irresein. Sitzungsbericht. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 77, S. 360.

45. *Meyer, G.* (Königsberg i. Pr.), Paranoische Formen des manisch-depressiven Irreseins. Archiv f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 24, S. 299. (S. 104*.)

46. *Derselbe*, Paranoische Formen des manisch-depressiven Irreseins. Sitzungsbericht. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 77, S. 205.

47. *Derselbe*, Über symptomatische Psychosen bei akuter gelber Leberatrophie. Archiv f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 63, S. 261. (S. 109*.)

48. *Mörchen, Fr.* (Wiesbaden), Über Pseudopsychosen. Sitzungsbericht. Archiv. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 62, S. 912.

49. *Morgenthaler, W.* (Bern), Ein Geisteskranker als Künstler. Arbeiten zur angewandten Psychiatrie Bd. 1, 126 S. Verlag von Ernst Bircher in Bern und Leipzig.

150. *Mott, Frederik*, Psychopathology of puberty and adolescense. Journ. of mental sciences Bd. 67, S. 279.

150a. *Morel, Ferdinand*, A case of compulsive migration. Psyche a. Eros. Bd. 2, S. 257.

151. *Müller, E. P.*, Über die Erscheinung der Verwirrtheit. Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 65, S. 1692.

152. *Muralt, A. von* (Zürich), Analyse eines Grippedelirs. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, S. 519.

153. *Murphy, Gardner* (Waverley), A comparison of manic-depressive and dementia praecox cases by the free-associates method. The American journ. of insanity. Vol. 72, S. 545.

154. *Nelken, J.* (Posen), Reaktive Kriegspsychosen. Lettars Wojskowy Jg. 2, S. 941. (Polnisch.)



155. *Neumann* (Naumburg i. S.), Zum Begriff der Massenpsychose. Berl. klin. Wschr. Jahrg. 58, S. 497.

156. *Nunberg*, H., Der Verlauf eines Liebeskonflikts in einen Fall von Schizophrenie. Internat. Ztschr. f. Psychoanalyse Jg. 7, S. 301.

157. *Omega*, Tanzwut und Tanzseuche. Ex mundo medici. Nr. 2.

158. *Ornstein*, *Lajos*, Die Analyse der Fieberdelirien. Gyógyászat 1921, S. 409 (ungarisch).

159. *Parhon*, *C. J.* et *Alice Stocker*, Modifications considérables de la structure d'un lobe thyroidien extirpé chez une malade atteintte de mélancolie anxieuse. d'Encéphale Jg. 16, S. 13.

160. *Pekelský*, *Antonie*, Transitorischer Nystagmus bei Katatonie. Ist der Nystagmus willkürlich unterdrückbar? Rev. neuropsychopathol. Jahrg. 18, S. 97 (Tschechisch.) (S. 105*.)

161. *Peretti*, *Jos.* (Düsseldorf-Grafenberg), Die Abnahme des Alkoholismus in ihrer Wirkung auf die Geisteskrankheiten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 77, S. 1.

162. *Pick*, *A.* (Prag), Die neurologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie und andere Aufsätze. 223 S. Verlag v. Karger, S. Berlin (aus: Abhandlungen aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und ihre Grenzgebiete. Beiheft 13 zur Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie). (S. 109*.)

163. *Pighini*, *Giacomo* (Reggio-Emilia), Chemische und biochemische Untersuchungen über das Nervensystem unter normalen und pathologischen Bedingungen. VIII. Mitteilung. Beitrag zur chemischen Zusammensetzung des Gehirns bei Dementia praecox. Biochem. Zeitschr. Bd. 113., S. 231.

164. *Pilcz*, *Alex* (Wien), Ein Fall von Spätheilung von Psychose. Nachuntersuchung 9 Jahre später. Wiener med. Wschr. Bd. 71, S. 437.

165. *Popper*, *Erwin* (Prag), Notiz zu Kahn's: Zur Frage des schizophrenen Reaktionstypus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 68, S. 61.

166. *Derselbe*, Klinische Studien zur Genese der Schizophrenie I u. II. Mts.-schr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 50, S. 159 u. 235. (S. 105*.)

167. *Raphael*, *Theophile* (Ann. Arbor, Mich.), Reaction in dementia praecox to vagotonic ad sympathicotomic criteria. Americ. journ. of insanity. Bd. 77, S. 543.

168. *Raphael*, *Theophile and Sherman Gregg*, Reaction in dementia praecox to the intravenous administration of non specific protein. Americ. journ. of insanity Bd. 1, S. 31.

169. *Raphael*, *Theophile and John Purl Parsons*, Blood sugar studies in dementia praecox and manic-depressive insanity. Arch. of neurol. a. psychiatry. Bd. 5, S. 687.

170. *Rawlings*, *Eva*, The intellectual status of patients with paranoid dementia praecox: Its relation to the organic brain changes. Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 5, S. 283.



71. *Read, Charles F.*, Remarks upon undiagnosed cases. Chicago State hospital 1919. Amer. journ. of. insanity Bd. 77, S. 493.

72. *Redlich, Emil* (Wien), Zur Charakteristik des von mir beschriebenen Pupillenphänomens. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 49, S. 1.

73. *Reinhold, Josef* (Gräfenberg), Polyglotte Halluzinationen. Eine klinisch-psychologische Studie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 50, S. 65.

74. *Reiß, Eduard* (Tübingen), Zur Theorie der schizophrenen Denkstörung. Jahresvers. d. württ. Nerven- u. Irrenärzte. Tübingen den 20. III. 1 21. Referat: Ztrbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Refer.-Beil. Bd. 25, S. 421.

75. *Remlinger, P.*, Délire aiguë rubiforme, premiére manifestation d'une fièvre typhoide rapidement mortelle. Paris méd. Jg. 11, S. 99.

76. *Repond, A.* (Bern), A propos de la thérapie de la schizophrénie. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. Vol. , S. 139.

177. *Repond, A.* (Malévoz, Valais), Quelques remarques sur le traitement de la schizophrénie dans les asiles. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 8, S. 190.

178. *Riesmann, David*, Acute psychoses arising the course of heart disease. The Americ. journ. of med. sciences Vol. 161, S. 157.

179. *Rittershaus, E.* (Hamburg-Friedrichsberg), Ein Fall von Pseudonekrophilie. Vjhrschr. f. ger. Med. Bd. 61, S. 59.

180. *Derselbe*, Manisch-depressives Irresein und Hysterie. Sitzungsber. Verein norddeutscher Psych. u. Neurol. Kiel 13. XI 1920. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 77, S. 179.

181. *Rittershaus, E.* (Hamburg), Die klinische Stellung des manisch-depressiven Irreseins. II. (Mißverständnisse, Einwürfe und grundsätzliche Fragen.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 72, S. 320.

182. *Robida, J.* (Laibach), Über psychische und nervöse Störungen nach Influenza 1918/19. Neurol. Ztrbl. 40. Jg. (Ergänzungsband). S. 35.

183. *Roncoroni, Luigi* (Parma), Il, significato degli episodi periodici. Quaderni di psichiatr. Bd. 8, S. 46.

184. *Rougé, Calixte*, Statistique complémentaire. Aliénés admis à l'asile di Limoux en 1920, dont la folie a été déclarée imputable à la guerre de 1914—18. Ann. méd.-spychol. Jg. 79, S. 318.

185. *Sanctis, Sante de* (Bologna) Sulla demenza ebefrenica-paranoide dei fanciulli. Riv. osp. Bd. 11, S. 335.

186. *Derselbe*, I fanciulli distimici. Infanzia anorm. Jg. 14, S. 53.

187. *Derselbe*, I fanciulli psicastenici. Infanzia anorm. Nr. 1.

188. *Schilder, Paul* (Wien), Vorstudien zu einer Psychologie der Manie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psdch. Bd. 6 , S. 90.

189. *Schilder, Paul* (Wien) Zur Kenntnis der Zwangsantriebe. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 65, S. 368.

190. *Schill, Emerich* (Budapest), Respiratorische Untersuchungen bei kata-





tonischer Schizophrenie (Beiträge zur statistischen Arbeit). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 70, S. 202.

191. *Schlesinger*, *A* (La Chana de Fonda), Sur le mécanisme du délire onirique. Schweiz. med. Wschr. Nr. 35.

192. *Schlomer*, *G.*, Die Diagnose der Depressionszustände in der Praxis. Ztschr. f. ärztl. Fortbildung Jg. 18, S. 6.

193. *Schnabel*, *Ilse* (Zürich), Die Prognose der psychischen Störungen des Kindes- und Entwicklungsalters nach dem Material der Züricher psychiatr. Klinik, von 1870—1920. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 68, S. 241.

194. *Schob*, *Franz Karl* (Dresden), Über psychische Störungen nach Durchschuß beider Stirnlappen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 77, S. 281.

195. *Scholz*, *W.* Fall H., ein Beitrag zur Klinik und pathologischen Anatomie präseniler Psychosen. Deutsche Forschungsanstalt f. Psych. in München. Sitzung v. 1. II 1921.

195a. *Schott*, *E.*, Über einen Zustand von monatelanger schlafähnlicher Bewußtseinstrübung nebst Bemerkungen über funktionelle Störungen. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 71, H. 1—3.

196. *Schröder*, *Peter* (Greifswald), Über die Halluzinose und vom Halluzinieren. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 49, S. 189.

197. *Sieber*, *E.*, Kalorische Erkrankung, Ignisations-Hyperthermie bei Schiffsheizern. Čas. česk. lék. Jg. 60, Nr. 20—22 (tschech.). (S. 109*.)

198. *Silk*, *S. A.* (Washington), The compensatory mechanism of delusions and hallucinations. Americ. journ. of insanity Vol. 72, S. 523.

199. *Smith*, *Jens Chr.*, Einige Bemerkungen über die Erblichkeit der Dementia praecox und manisch-depressiver Psychose mit Rücksicht auf einen besonderen Fall. Hospitalstidende Jg. 64, S. 152. (Dänisch.)

200. *Sonnenberg*, *Artur* (Wolfenbüttel), Über die inneren und äußeren Ursachen des Jugendirreseins unter besonderer Berücksichtigung der Kriegsschädigungen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 64, S. 13. (S. 106*.)

201. *Spaulding*, *Edith*, *R.* (Bedford), Emotional episods among psychopathic delinquent woman. Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. 54, S. 298.

202. *Stanley*, *L.*, Testicular substance implantation. Endocrinologie Bd. 5, S. 708. (S. 107*.)

203. *Stanojevic*, *L.* (Zagreb), Der Fall des Pfarrers Jerčic. Schrittweise Verwandlung des Charakters im paranoiden Stadium, Mord, wahrscheinlich in delirantem Zustand. Liječnički vijesnik, ann. 43, S. 246.

2oo. *Derselbe*, Forensisch-psychiatrische Erfahrungen aus dem Weltkrieg an der Front. Serbisches Archiv f. d. ges. Med. Jg. 23, S. 394 (serbokroatisch).

205. *Starobinski*, *A.*, Un cas de psychose maniaque-dépressive à un jour alternance. Ann. méd.-psych. Jg. 79, S. 344.



206. *Derselbe*, Note sur l'emploi des opiaces dans la thérapie des états anxieux. Rev. méd. de la Suisse romande Jg. 41, S. 785.

207. *Derselbe*, Un cas de délire télépathique. Ann. méd.-psych. Bd. 79, S. 219.

208. *Stekel*, *Wilhelm* (Wien), Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung. 3. Aufl. Berlin u. Wien, Urban u. Schwarzenberg. 672 S. 70 M.

209. *Steinthal*, *Erich* (Heidelberg), Ein eigenartiger Fall Korsakowscher Psychose. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Orig. Bd. 67, S. 287.

210. *Storch* (Tübingen), Gesichtspunkte zum Verständnis der schizophrenen Gedankenwelt. Vortragbericht. (Jahresvers. d. württ. Nerven- u. Irrenärzte. Ztrlbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Referate, Bd. 25, S. 273.

211. *Stransky*, *Erwin* (Wien), Schizophrenie und manisch-depressives Irresein. Weiterentwicklung ihrer Klinik in der Nachkriegszeit. Jahresk. f. ärztl. Fortbildung. Jg. 12, S. 22.

212. *Derselbe*, (Wien), Die leichten Formen der Geisteskrankheiten in der Praxis. Wien. med. Wschr. Jg. 71, S. 85 u. 153.

213. *Derselbe*, Fall von frustranem Myxödem, Cyclothymie und Zügen psychogener Reaktionen. Sitzungsber. vom November 1921. Med. Klin. Nr. 52, S. 1583.

214. *Stuchlik*, *Jar.*, Katatonischer Zustand bei Lyssa. Casopis lékarn. ceskych. Jg. 60, S. 512.

215. *Tiretta*, *G.* (Padova), Contributo allo studio della funzione circolatoria nella demenza precoce. Ricerche sulla pressione del sangue sistolica, diastolica e differenziale, sul pulso e sulla temperature ascellare. Riv. sperim. di fren, arch. ital. per le malattie nerv. e ment. Bd. 44, S. 565.

216. *Tissot*, *F.* Délire de négation terminé par guérison. Considération sur l'hypochondrie et la mélancolie. Ann. méd.-psychol. Jg. 79, S. 321.

217. *Toepel*, *Hans* (Köln), Über die Häufigkeit geistiger Erkrankungen vor und nach dem Kriege. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 49, S. 323.

218. *Trotsenburg*, *van*, Ursachen der Dementia praecox. Tijdschr. voor Geneesk. Bd. 65, S. 591.

219. *Tscherning*, *Rüdiger* (Tübingen), Muskeldystrophie und Dementia praecox. Ein Beitrag zur Erblichkeitsforschung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 69, S. 167.

220. *Tuczek*, *Karl* (Heidelberg), Analyse der Katatonikersprache. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 72, S. 279. (S. 107*.)

221. *Turnbull*, *Robert Cyrill*, A case of catatonia. Journ. of neurol. a. psychopathol. Bd. 2, S. 154.

222. *Urechia*, *C. J* und *A. Josephi*, Ein Fall von essentieller Halluzinose. Zwei Fälle von symptomatischer Halluzinose. Ihre Behandlung mit



Amylnitrit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 68, S. 141. (S. 110*.)

223. *Usse*, *F.*, Ecrits ironiques d'un paranoiaque halluciné. Ann. méd.-psych. Bd. 79, S. 328.

224. *Uyematsu*, *Shichi* (Hathorne Mass.), The platelet count and bleeding time in catatonic dementia praecox. Amer. journ. of psychiatry. Bd. 1, S. 15.

225. *Derselbe* and *T. Soda* (Hathorne, Mass.), Blood analyses in cases of catatonic dementia praecox. Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. 53, S. 367.

226. *Velian*, *Jancu*, Über Kadelirien (4 Fälle). Spitalul. Jg. 41, S. 93.

227. *Vuǒji*, *V.*, Ein Fall von Farbenhören wirklicher und halluzinierter Stimmen. Čas. česk. lék. Jg. 30, S. 228 (tschechisch). (S. 110*.)

228. *Wassermann*, *S.* (Wien-Franzensbad), Über psychische Störungen in Verbindung mit den Cheyne-Stokesschen Phänomenen bei gewissen Herzkranken. (Die Cheyne-Stokessche Psychose.) Med. Klin. Nr. 27.

229. *Weston*, *Paul G.*, Phenolsulphonephthalein absorption from the subarachnoid space in paresis and dementia praecox. Arch. of neurol. a. psychiatr. Bd. 5, S. 58. (Referat: Ztrbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 25, S. 86.

230. *Wetzel*, *A.* (Heidelberg), Über Schreckpsychosen. Ergebnisse von Untersuchungen an ganz frischen Fällen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 65, S. 288. (S. 110*.)

231. *Weygandt*, *Wilh.* (Hamburg-Friedrichsberg), Psychische Störungen bei Adiposogenitaldystrophie. Sitzungsbericht. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 64, S. 632. (S. 111*.)

323. *Derselbe*, Psychische Störungen bei hypophysärer Fettsucht. Münch. med. Wschr. Jg. 68, S. 1356.

233. *White*, *William A.*, Some considerations bearing on the diagnosis and treatment of dementia praecox. Psychoanal. rev. Bd. 8, S. 217.

234. Dasselbe: Americ. journ. of psychiatry Bd. 1, S. 193.

235. *Wichmann*, *Alfred* (Königsberg i. Pr.), Zur Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und Hysterie bzw. Psychogenie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 64, S. 257. (S. 107*.)

236. *Witte*, *Friedrich* (Redburg-Han), Über anatomische Untersuchungen der Körperorgane bei Dementia praecox. 96. Hauptvers. d. Ver. d. Irrenärtze der Rheinprov. Cöln 25. VI 1921. Referat: Ztrbl. g. ges. Neurol. u. Psych. Refer.-Beil. Bd. 27, S. 53.

237. *Derselbe*, Über anatomische Untersuchungen der Körperorgane bei der Dementia praecox. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 72, S. 308. (S. 107*.)

238. *Wright*, *J. T. A.*, Some observations on Dementia praecox. Medical record Vol. 99, S. 702.

239. *Wölfing*, Zum Verständnis des Hexenwesens. Jahresvers. d. württ.



Nerven- u. Irrenärzte in Tübingen am 20. III 1921. Referat: Ztrbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref.-Beil. Bd. 25, S. 300.

240. *Wuth, Otto* (Münster), Der Blutzucker bei Psychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 64, S. 83.

241. *Derselbe*, Der Blutzucker bei Psychosen. Siztungsber. Jahresvers. d. Ver. bayr. Psychiater am 31. VII 1920. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 817.

242. *Zanon dal Bò, Luigi* (Treviso), Se esistono particolari forme di psicosi in dipendenza della guerra? Arch. gen. di neurol., psichiatr. e psicoanal. Bd. 2, S. 53.

243. *Zapiola, Jorge Gimenez*, Betrachtungen über die Ätiologie der Puerperalpsychosen. Semana méd. Jg. 28, S. 524. (spanisch).

a) Manisch-depressives Irresein.

Ewald (57) wendet sich hier zunächst gegen *Rittershaus*, welcher in dem manisch-melancholischen Irresein nur einen Symptomenkomplex sehen will. Nach *Rittershaus* ist die manisch-melancholische Veranlagung eine nicht nähere bekannte zerebral festgelegte Reaktionsweise, welche durch die verschiedensten Schädlichkeiten sowohl organischen als auch toxischen, als auch insbesondere endotoxischer, endokriner Art ausgelöst bzw. zur krankhaften Steigerung gebracht werden kann. Nach *Rittershaus* gäbe es keine Krankheit manisch-melancholisches Irresein an sich, es ist nur ein Symptomenkomplex, denn es kann vorkommen als Sympton einer organischen Erkrankung, als Folgeerscheinung toxischer und endotoxischer Prozesse und als psychogene Reaktion. Demgegenüber betont *E.* wiederum, daß die psychogen-reaktiven Affektpsychosen von den autochthon entstehenden streng zu scheiden sind. Die Grenzen dürfen auch nicht verwischt werden. Es gibt kein „psychogen bedingtes manisch-depressives Irresein." Die autochthone Entstehung ist das Charakterische bei dem manisch-depressiven Irresein. *E.* lehnt auch ab, manisch-melancholische Erkrankungen bei den traummatischen Psychosen unterzubringen. Weiterhin gibt *E.* zu, daß manisch-depressives Irreseins wohl in einzelnen Fällen ausgelöst werden kann durch echt toxische Einflüsse, doch ist in solchen Fällen eine Veranlagung oder erbliche Belastung fast immer nachweisbar. Bei manisch-depressiven Zuständen bei den symtomatischen Psychosen handelt es sich um eine toxische Schädigung der das Affektleben vermittelnder Gehirnsubstrate. Auch das Vorkommen manisch-depressiver Zustandsbilder bei Dementia praecox spricht nicht gegen das manisch-depressive Irresein als Krankheitseinheit. Die manisch-depressive Psychosen bei Myxöden, Vagotonie, an Merkpunkten des Generationslebens kann man, abgesehen von den Reaktionspsychosen, den manisch-melancholischen Erkrankungen zurechnen. Fehlerhaft ist, wenn *Ritterhaus* manisch-depressives Symtomenkomplex oder Irresein gleich Affektlabilität setzt. Er überschätzt auch den Einfluß exogener Schädigungen. *E.* hält es für nicht ausgeschlossen, daß für das manisch-depressive Irresein eine Blutdrüsenerkrankung verantwortlich ist. Manches spricht dafür. Das häufige Zusammenfallen von Basedow'scher Erkrankung

g*



und manisch-depressiven Irreseins scheint *E.* für einen engeren pathogenetischen Zusammenhang zwischen endokriner Störung und manisch-melancholischer Erkrankung zu sprechen. Die Neigung zur Periodizität weist auch auf eine gewisse Abhängigkeit von dem endokrinen System hin. Die endokrine Genese des manisch-depressiven Irreseins ist sehr wahrscheinlich. Die erbbiologische Forschung weist darauf hin, daß wir im manisch-depressiven Irresein bis zu gewissen Graden eine Krankheitseinheit besitzen. Durch *Abderhalden* wissen wir, daß das Serum vom Normalen, Psychopathen und Kranken bestimmten Substanzen gegenüber sich höchst verschieden verhält. Bei Atypien dürfte es sich um Mischungen mit anderen Partialkonstitutionen handeln. An dem Bestehen einer großen pathogenetisch einheitlichen Krankheitsgruppe des manisch-depressiven Irreseins vermögen weder Übergangsfälle noch Atypien etwas zu ändern.

Kill (95) zeigt durch einen kurzen historischen Überblick wie beim manisch-depressiven Irresein die Systematik seit *Kraepelins* Beschreibung von 1904 in fortlaufendem Wandel bis zu den weitesten Grenzen fortgespült ist, so daß der Name des manisch-depressiven Irreseins heute keineswegs mehr einen einheitlichen Begriff enthält. Überall herrsche Bewegung und Leben zu dem Ziele hin, die Systematik bzw. die Symptomatologie auf verläßliches Fundament zu gründen. Daher ist jeder Beitrag zur Verlaufsart bei dieser Krankheit willkommen. Er gibt hier zur Kasuistik 24 Krankengeschichten aus der Hertzschen Anstalt in Bonn.

Lange (122) fand in der Münchener Klinik unter den Gesamtaufnahmen an manisch-depressivem Irresein drei Prozent Juden, d. i. ein Prozent mehr als dem Bevölkerungssatz entspricht. Dabei muß berücksichtigt werden, daß ein nicht kleiner Teil von den Erkrankten außerdem Privatanstalten aufgesucht haben werden. Daraus folgt eine größere Neigung der Juden zum manisch-depressiven Irresein. Auch lag der Erkrankungsbeginn häufiger erheblich vor dem 20. Lebensjahre als bei der Vergleichsbevölkerung. Mischzustände kommen weit häufiger vor, in zwei Fünftel der Fälle gegen ein Fünftel bei den übrigen Aufnahmen. Bei den Juden überwiegen die schweren Formen; auffallend häufig sind dabei Manien. Selbstmordneigung zeigen Juden viel häufiger; in nahezu zweidrittel der Melancholien bestanden hypochondrische Vorstellungen gegen ein Viertel des anderen Materials. Auch Verfolgungsideen spielen eine größere Rolle. Verwirrungsideen sind häufiger, Versündigungsideen seltener, auffallend selten trifft man religiöse Verfehlungsverstellungen. Hysterische Erscheinungen sind zahlreicher und stärker.

Bei den manischen Juden erreicht die Denkstörung ungewöhnlich oft den Grad vollkommener Inkohärenz; die motorische Unruhe ist häufig viel stärker, dagegen ist die heitere Verstimmung seltener, die Juden sind mehr gereizt, nörgelnd, unzufrieden, querulierend. Den „jüdischen Komplex“ (*Becker*) ist *L.* nie begegnet. Erblichkeit scheint häufiger vorhanden zu sein.

Es bestehen dennoch beträchtliche Abweichungen der zirkulären Erkrankungen der Juden von denen der umgebenden Bevölkerung; daß man dieselben aber nicht ohne weiteres auf die Rasseunterschiede zurückführen darf, beweisen die weiteren Ausführungen von *Lange*.



b) Dementia praecox.

Bausch (9) wendet sich gegen *Vorkastner* (Epilepsie und Dem. praecox). Bei Annahme der von *H. Fischer* aufgestellten Begriffe über die „Krampfkrankheiten" und bei Einführung des von einer Krankheitseinheit freigemachten Namens des „elementaren Krampfes" fragt er: Sind elementare Krämpfe als spezifisches Krankheitssymtom der Dementia praecox, insbesondere der Katatonie zu bewerten, oder handelt es sich um rein symptomatische Krämpfe, wie wir sie ja von verschiedenen anderen endogenen Erkrankungen (Diabetes, Basedow, Dystrophia adiposogenitatis usw.) her kennen? Den beiden hier mitgeteilten Fällen — *B.* verfügt noch über weitere Fälle — ist eine konstitutionelle Krampfkomponente gemeinsam, familiäre Belastung resp. in der ersten Lebenszeit vorhandene Krämpfe. Beide Kranke zeigen seit der Pupertät Katatonie und elementare Krämpfe. „Sie erscheinen mir gewissermaßen als ein zur Psychose gehörendes Symptom auf motorischem Gebiet, und ich möchte sie als symptomatische Krämpfe bei Katatonie ansprechen." Der Krampf gehört hinein in das noch weitere Gebiet der Störungen der Motilität überhaupt. Zu den sonstigen vielen Bewegungsstörungen bei Katatonie gehört auch der elementare Krampf. Dieser Krampf ist als Ausdruck einer besonderen konstitutionellen Färbung der Motilität anzusehen. Es handelt sich daher nicht um eine Kombination zweier Krankheitseinheiten, um Epilepsie und Katotonie. Somit können wir entsprechend anderen endogen Erkrankungen von symptomatischen Krämpfen bei Katatonie reden.

Becker (11) hat *Bergers* Versuche mit Kokain nachgeprüft an 6 Fällen mit weniger gutem Erfolg, rät aber zu weiteren Versuchen, namentlich bei allen frischen Haftpsychosen, welche unter dem Bilde des katatonen Stupors verlaufen, und da, wo gänzlich Unbekannte im katatonen Stupor irgendwo aufgegriffen werden oder kurz nach der Festnahme in Stupor verfallen.

Berger (16) bringt hier den Vortrag, den er am 31. 10. 1920 auf der 23. Versammlung mitteldeutscher Psychiater in Jena gehalten hat. Er berichtet zunächst über 11 Fälle von katatonischem Stupor, bei denen er vor Jahren nach Injektion von Kokain eine ganz kurz vorübergehende geistige Besserung beobachtete, daß die bis dahin z. T. mutazistischen Kranken überraschende Antworten gaben. Weiter berichtet *B.* über 2 Fälle von manisch-depressivem Irresein, ohne stärkere motorische Hemmung, in beiden Fällen handelte es sich um Depressionszustände. Bei beiden wurde die Stuporzeit durch Kokain abgekürzt, in der einen sehr bedeutend. Unter Hinweis auf Versuche von *Ugolino*, *Mosso*, *Kraepelin* usw. schließt *B.*, daß das Kokain vor allem steigernd und erregend auf die materiellen Rindenvorgänge einwirkt, zu denen die psychischen Vorgänge in Abhängigkeitsbeziehungen stehen. Wie *B.* weiter nachweist, können sämtliche körperlichen Begleiterscheinungen des schweren katatonischen Stupors auf eine erhebliche Herabsetzung der Rindenfunktion zurückgeführt werden. Über das Zustandekommen dieser kortikalen Veränderungen ist *B.* anderer Meinung als *Reichardt* und *Bleuler*. Die psychischen Vorgänge stehen in Abhängigkeitsbeziehungen zu Zerfalls- also zu Dissimilationsvorgängen in der Großhirnrinde. Diese Prozesse müssen regelmäßig ablaufen für den normalen Ab-



lauf der psychischen Vorgänge. Kokain steigert die Dissimilationsprozesse, daher kommt es unter Kokain zu einer Lösung der katatonischen Stupors. Daraus folgt, daß der Stupor auf eine Herabsetzung der Rindenfunktionen beruht. In späterem Stadien des Stupors handelt es sich jedenfalls um organische Veränderungen, anfangs liegen wohl nur funktionelle Störungen vor. Die Veränderungen werden wohl die zweite und dritte Schicht der Rinde betreffen, diese greift auch das Kokain an. Die von *B.* angenommene Herabsetzung der kortikalen Funktionen könnte, rein theoretisch betrachtet, entweder durch ein lähmend wirkendes Gift, oder aber auch durch den Ausfall eines für den normalen Verlauf der Dissimilationsprozesse notwendigen dissimilatorischen Hormons bei der Dementia praecox bedingt sein. Sicher ist nach *B.*, daß der primäre katatonische Stupor ein organisch bedingtes Symdrom ist, das auf eine allgemeine Herabsetzung der Rindenfunktion, bei der natürlich die höchsten Leistungen am schwersten betroffen werden, zurückzuführen ist.

Bertolani del Rio (18). Bei 86 Fällen von Dementia praecox, 40 Epileptikern, 100 Normalen hat Verfasser nach den Anzeichen der Tetanie gesucht (Facialisphänomen, *Schultzes* Zungenphänomen, Radialis — Ulnarisphänomen, Trousseau, Perònéusphänomen, mechanische Muskelerregbarkeit, Erbsches Zeichen, Hautreflexe, Sehnenreflexe). Er findet bei Dementia praecox das Facialisphänomen doppelt so häufig als bei Normalen und um ein Drittel häufiger als bei Epileptischen. Damit verbinden sich in einer Anzahl von Fällen eins oder das andere der spasmophilen Zeichen, ohne daß aber das Symptomenbild der Tetanie je geschlossen wird. In der Landschaft aus der die Untersuchten stammen, kommt Tetanie des Erwachsenen nicht vor. Die vorgefundenen Zeichen betrachtet Verfasser als Anzeichen einer Nerven-Muskelübererregbarkeit, wahrscheinlich gebunden an Störung des Kalkstoffwechsels des Organismus, vielleicht mit Beteiligung innersekretorischer Vorgänge; er hält es für nicht ausgeschlossen, daß diese Störungen oft durch tuberkulöse Veränderungen verursacht sein können, sieht aber die Nervenmuskelüberregbarkeit der Dementia praecox als über die durch Tuberkulose erklärten hinausgehend an. *Sioli.*

Fränkel (62) kommt zu folgenden Schlüssen: Die psychischen Störungen bei Erkrankungen der subkortikalen Ganglien gehen in verschiedentlichster Abstufung ihrer Intensität am meisten in die Richtung katatoner Zustandsbilder. Umgekehrt weisen die körperlichen Symptome der Katatonie darauf hin, daß die Hirnganglien der Angriffspunkt jener zahlreichen Noxen sind, die zu ihrer Entstehung führen können. Hiermit steht jene Auffassung im Einklang, die in der Schwächung der psychischen Aktivität der Gesamtsymptome der Dementia praecox sieht.

Jacobi (84) berichtet über 300 Untersuchungen, die er an 50 Dementia praecox-Kranken mit dem Interferometer vorgenommen hat, nach dem Vorbild von *P. Hirsch*, zwecks Prüfung der Intensität der Abwehrfermentwirkung.

Kahn (89) glaubt, daß *Popper* — „der schizophrene Reaktionstypus“ — mit seinen Beobachtungen recht hat und pflichtet auch bis zu einem gewissen Grade seinen Schlußfolgerungen bei. Klinische und erbbiologische Erwägungen über den von Popper aufgestellten schizophrenen Reaktionstypus und seine Stellung



zu den Schizophrenien führen nach *Kahn* zu folgenden Vermutungen: Der von *Popper* aufgestellte schizophrene Reaktionstypus ist als eine spezifische Reaktionsbereitschaft anzuerkennen. Er gehört erbbiologisch zur schizoid-schizophrenen Gesamtgruppe. In der schizoid-schizophrenen Gesamtgruppe ist die conditio sine qua non die Erbanlage zu Schizoid, die nicht selten in schizoiden Persönlichkeitstypen phänotypisch realisiert erscheint. Die schizophrenen Prozeßpsychosen gründen sich einerseits auf die Erbanlage zu Schizoid, andererseits auf die Erbanlage zur Psychose zur schizophrenen Prozeßpsychose.

Der schizophrene Reaktionstypus ist bedingt durch die Erbanlage zu Schizoid und durch eine besondere Reagibilität (Ansprechbarkeit), die ihrerseits durch verschiedene (psychogene, endokrine), gleichfalls genotypisch fundierte Mechanismen gegeben sein kann.

Der schizophrene Reaktionstypus kommt nicht allein in psychogenen Symdromen, die gelegentlich die erste oder einzige für uns erkennbare phänotypische Realisation der schizoiden Anlage seines Trägers sein können, sondern auch im Verlauf schizophrener Prozeßpsychosen sowie anderer „endogener“ Psychosen und vielleicht sogar bei sog. symptomatischen Psychosen vor. Die Manifestationen des schizophrenen Reaktionstypus sind einmal durch ihre schizophrene Symptomatik und weiterhin deutlich charakterisierbar, daß sie weder bei schizophrenen Prozeßpsychosen noch bei anderen Psychosen als aktive, in den zerstörenden Prozeß mitwirkende Bestandteile auftreten, sondern einen Verlauf nehmen, der die betroffene Persönlichkeit in ihrer Ganzheit ebensowenig alteriert oder schädigt wie die rein phychogenen Störungen. *Kahn* hält es für richtiger von schizoiden Reaktionstypus zu reden.

Lenz (127) spricht sich hier gegen *H. Hoffmann*-Tübingen aus, der in seinem Buch über die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen“ (Berlin 1921) zu dem Schluß kam, daß bei Schizophrenie nur ein regressiver Erbgang in irgendeiner Form, nicht aber ein dominanter, mit seinem Erfahrungsmaterial vereinbar sei. Diese Ansicht hat *Lenz* früher auch für die wahrscheinlichste gehalten. Später hat er Bedenken gehabt, welche gerade durch *Hoffmanns* beigebrachtes Material noch verstärkt worden sind.

Lessing (129) weist darauf hin, daß der vornehmliche Beginn der Dementia praecox in der Pubertätszeit für eine Beteiligung des Blutdrüsensystems am Zustandekommen der Krankheit spricht. Weiterhin legt die charakteristische Affektstörung der Schizophrenie den Gedanken nahe, daß an dieser Effektstöruug das endokrine System nicht ganz unbeteiligt ist. Dafür geben uns aber nur die groben Beobachtungen des Seelenzustandes der Kranken Aufschlüsse, während uns die feinere psychologische Analyse im Stiche läßt. Dagegen geben uns körperliche Symptome der Dementia praecox-Kranken Hinweis auf Störungen endokriner Natur, z. B. Anomalien der Schweiß- und Talgdrüsensekretion, Stoffwechselstörungen, Wendungen der Pupillenreaktion usw. Endokrine Dysfunktionen scheinen demnach der Krankheit zugrunde zu liegen. Die pharmakologische, serologischen und organo-therapeutischen Versuche an Menschen haben uns die ersten sicheren Grundlagen gegeben, so daß wir die innersekretorische Erkrankung bei den Schizo-




phrenien wenigstens als gesichert ansehen können. Den tiefsten Grund haben wir allerdings noch nicht erschließen können. Jetzt gilt es zu ergründen, wie man die Funktionsstörung der Blutdrüsen auffassen muß, um die Natur derselben zu erkennen. Die wichtigste Rolle spielt in der bisherigen Forschung die Schilddrüse. *L.* hat den Eindruck, daß es sich bei der Beteiligung der Schilddrüse an dem Krankheitsbild der Dementia paecox weder um einen reinen Vorgang der Hypothyreose, noch um einen solchen der Hyperthyreose handeln kann, sondern, daß ein durchaus schwankendes Verhalten in der Tätigkeit der Schilddrüse vorliegen muß, innerhalb dessen die mannigfaltigsten Funktionsstörungen auftreten können. Ebenso scheint es bei den Keimdrüsen zu sein, auch hierbei scheint es sich um eine Dysfunktion zu handeln mit starker Schwankung der Sekretionsvorgänge. Die Unwirksamkeit der Adrenalininjektion bei Schizophrenen läßt sich schlecht deuten. Die Blutdrucksenkung nach Adrenalinzufuhr macht es wahrscheinlich, daß eine pharmakologische Sympathikusbeeinflussung vorliegt, die man auf eine veränderte Regulierung des autonomen Nervensystems und daher auf eine Störung des gesamten endokrinen Betriebes zurückführen muß. Bei einer Störung innerhalb des endokrinen Organgebietes werden alle innersekretorischen Drüsen zugleich mehr oder weniger betroffen. Überhaupt haben fast alle Organe des menschlichen Organismus neben ihren psychologisch bekannten Funktionen noch innersekretorische Tätigkeiten zu leisten und es bestehen endokrine Wechselwirkungen, auch solche, die von Organ zu Organ wirken und jenes dynamische Gleichgewicht bedingen, daß uns als ein Hauptprinzip des organischen Lebens überhaupt erscheint.

L. behauptet: Die Störung der inneren Sekretionen bei Dementia praecox erscheint als eine mehr oder weniger stark ausgebildete Störung des gesamten, alle endokrin tätigen Organe umfassenden Apparates in dem Sinne, daß das innersekretorische Gleichgewicht verloren gegangen ist. Als kennzeichnend dafür wollen wir ansehen, daß die einzelnen Organe mannigfaltige Symtome der gesteigerten und herabgesetzten Leistungen darbieten, die auch bei den betreffenden Organen selbst in verschiedenartiger Weise zeitlichem Wechsel unterliegen. Der beim Normalmenschen relativ stabile Gleichgewichtszustand des endokrinen Systems ist in ein äußerst labiles Gleichgewicht übergegangen, daß den gesamten Krankheitsverlauf der Dementia praecox charakterisiert. Vieles spricht für eine hohe ätiologische Bedeutung der endokrinen Erkrankung für die Dementia praecox. Fest steht sicher, daß innere Sekretion und Dementia praecox in einem sicheren und wohl gekennzeichneten Zusammenhang stehen.

Meyer (145) gibt hier drei Krankheitsfälle wieder. Die paranoiden Formen des manisch-depressiven Irreseins sind selten, letzteres neigt nicht sehr zur Wahnbildung. Zweifellos muß eine endogene Veranlagung als Grundlage für die paranoischen Formen des manisch-depressiven Irreseins angenommen werden. Der Komplex des Mißtrauens wird auch eine Rolle dabei spielen und kann aus der affektiven Überproduktion Überwertigkeitscharakter erlangen. Die Wahnbildung folgt beim manisch-depressiven Irresein den gleichen Aufbaumechanismus wie die Wahnbildung überhaupt. Die paranoiden Komplexe, die man beim manisch-depressiven Irresein findet, sind ähnlich dem bei schizophrenen Erkrankungen. Sie unterschei-



den sich aber von diesen durch den Affekt, der ihnen zugrunde liegt, und durch den Ausgang.

Pekelský (160) beschreibt zwei beobachtete Fälle von Anastygmus (nach *Rosenfeld* ein Zustand, in welchem durch Rotation oder Kalorisation sich Nystagmus nicht hervorrufen läßt) bei Katatonie; eine Affektion des Labyrinth ist sicher dabei ausgeschlossen. Der transitorische Anastygmus kann nach Verfasser ein verwendbares Symptom bei der Diagnose der Dementia praecox sein. *Stuchlik.*

Popper (166) möchte behaupten: Schizophrenicus non fit, sed nascitur. „Die fragliche Berechtigung dieser Annahme zu studieren, für das nascitur etwaige Belege zu finden, zugleich aber auch die konditionalen Komponenten des möglichen fit kritisch zu sondieren, ist das Leitziel meiner Untersuchungen." Sein Material — 380 Fälle — hat er von dem Münchener Forschungsinstitut. Männer und Frauen erkranken wohl gleichviel an Schizophrenie. Während aber die Männer bereits mit dem 25. Lebensjahr den Gipfel der Kurve erreichen und dann schnell zu fallen, um mit etwa 40 Jahren auf den Nullpunkt anzulangen, bleiben die Frauen bis zum 35. Jahre auf der Höhe, und fällt die Kurve dann ganz langsam. Ersterkrankungen nach dem 40. Lebensjahr betreffen nur Frauen. *P.* weist hierbei auf den Geschlechtsunterschied hin. Bei Männern scheint sich die Bedeutung der aus der Sexualsphäre entspringenden Schädlichkeitsfaktoren in der Hauptsache mit den Pubertätseinflüssen zu erschöpfen. Die Mehrzahl der Männer erkrankt ledig. Bei den Frauen dagegen spielen die Generationsvorgänge, auch bereits die Kohabitation, eine wesentlich größere Rolle, und spielen diese sich ab im Haupterkrankungsalter der Frauen. Weiterhin aber treffen die meisten aus dem Leben selbst geborenen Schädlichkeiten den Mann in seinen ersten Entwicklungsjahren, demnach hat sein Leben eine größere Sicherheit erreicht. Anders bei den Frauen, bei denen vielfach erst in der Ehe, oder wenn sie ledig bleiben, in der Einsamkeit späterer Quinquennien schwerere Lebenskonflikte auftreten.

P. hält es für geboten, den Umfang der Heredität möglichst weit zu spannen. Er rechnet über 60 v. H. erbliche Belastung, bei beiden Geschlechtern nahezu gleichmäßig. Rechnet man noch Gicht, Diabetes und Tuberkulose hinzu, so bleibt immerhin für etwa 30 v. H. der Schizophrenien die Frage einer die Disposition bedingenden, geschädigten Primäranlage ungelöst.

Die Intelligenz war bei den Männern in nahezu der Hälfte der Fälle sicher schlecht, bei den Frauen nur in einem Drittel der Fälle, — während Affektanomalien bei beiden Geschlechtern nahezu gleichmäßig vertreten waren, nämlich 42,7 zu 42,1 %. Aus letzterer Beobachtung folgt, daß gemütliche Auffälligkeiten, sei es als Indikatoren der bestehenden Disposition, sei es als direkt genetisch maßgeblich, in Rechnung zu ziehen sind, d. h. um gewisse Affektanlage begünstigt unter Hinzutritt noch weiterer, unbekannter Momente die Entwicklung zu schizophrener Erkrankung in irgend einer Weise. *P.*s Angaben über Entwicklungsanomalien auf somatischem Gebiet bei seinen Fällen, können hier nicht einzeln angegeben werden, doch will ich bemerken, daß in ¼ der Fälle eine Verbindung zwischen Schizophrenie und Epilepsie in Frage kommen könnte. Die sehr zahlreichen affektiven Anomalien und die somatischen Abwegigkeiten waren in großer Mehrzahl



mit Hereditätsmomenten vergesellschaftet. In 1/4 der Fälle waren weder hereditäre noch irgend welche im Sinne von Dispositionsanomalien oder Auffälligkeiten der Persönlichkeitsentwickelung sich darstellende Momente nachweisbar. Immerhin zeigen 4/5 der Fälle in der präpsychotischen Zeit gewisse nicht bedeutungslose Indizien. Doch findet sich vorläufig kein Anhalt, den sog. schizoiden Typus oder die schizoide Konstitution von einer ex post als präpsychotisch erkannten Persönlichkeitsfärbung zu differenzieren.

Im zweiten Teil seiner Arbeit bemüht sich *P.* die Entscheidung zu treffen zwischen scheinbare Spontaneität der Krankheitsentstehung und ihrer etwa exogenen — konditionalen und kausalen — Hervorrufung, Auslösung, Mitbestimmung. *P.* schließt, daß in der Regel der endogene Komplex fast alles, die exogene Komponente zwar ein vielleicht nicht eliminierbares, aber relativ doch nur geringfügiges und variables Etwas bedeutet. Doch schränkt *P.* diesen Schluß dahin ein; daß nicht auszuschließen ist, daß die exogene Schädlichkeit in einzelnen Fällen den Boden schafft, auf dem dann erst sekundär die eigentlichen Krankheitsagentien die manifeste Erkrankung bewirken. Wir kommen nicht darüber hinweg, für ein nicht zu reiches, aber doch nicht unbedeutsames Kontingent von Fällen ein genetisch-konditionales Primat exogener Momente unbedingt anzuerkennen. Daneben aber häufen sich die Fälle in größerer Zahl, die eine zumindest sekundäre Wertigkeit exogener Faktoren eindringlich illustrieren.

Sonnenberg (200) legt der Bezeichnung „Jugendirresein" die Einteilung *Kraepelins* zugrunde und faßt unter den Ausdruck Schizophrenie die Krankheitsbilder zusammen, seweit sie sich mit der Dementia praecox decken. — Unter Hinweis auf die Unsicherheit der Annahme, betont *S.*, daß nach unseren Kriegserfahrungen es keine Form des Jugendirreseins gibt, die lediglich äußeren Schädigungen ihre Entstehung zu verdanken hat. Für die große Bedeutung der Anlage spricht das gehäufte Auftreten von Schizophrenien bei Geschwistern und bei Zwillingen. Für Endogenität spricht das gehäufte Auftreten von Degenerationsmerkmalen. Ob Keimschädigung ohne vererbte spezifische Anlage eine Ursache des Jugendirreseins sein kann, steht noch nicht fest. Auch wissen wir nicht, was vererbt wird. Der primäre Sitz des Krankheitsprozosses kann auch außerhalb des Großhirns liegen. Die Veränderungen des Blutes deuten auf einen Entzündungsprozeß im Zentralnervensystem hin, der Folge einer Intoxikation ist. Zeugungsgeschäft und Infektionskrankheiten sind auslösende Faktoren für das Jugendirresein. Man darf heute bereits mit Bestimmtheit annehmen, daß die Dementia praecox auf einer angeborenen Minderwertigkeit der Drüsen mit innerer Sekretion beruht.

S. stellt dann zusammen aus der Literatur der letzten Jahre, was sich auf Krieg und Jugendirresein bezieht und bringt zum Schluß ein kleine Statistik über die diesbezügliche Krankenbewegung in der Hallenser Nervenklinik. Aus seinen Erwägungen und den hier mitgeteilten Tatsachen geht hervor, daß wir in den mannigfachsten Schädigungen oder allgemeiner ausgedrückt, in äußeren Momenten keine Ursache des Jugendirreseins sehen können; wir dürfen ihnen höchstens als auslösende Faktoren einige Bedeutung beimessen; d. h. ohne die zahlreichen exogenen Schädigungen wäre die Psychose vielleicht nicht so schnell und nicht in



so ausgeprägter Form manifest geworden. Als alleinige Ursache der Schizophrenie bleibt daher die Endogenität bestehen. Wir müssen also eine schizophrene Anlage auch in allen denjenigen Fällen von Jugendirresein annehmen, in dem keine anamnestischen Anhaltspunkte für eine solche vorliegen.

Tuczek (220) war in der glücklichen Lage, das Entstehen und allmähliche Erstarren einer völlig neuen Sprache fast von den ersten Anfängen an bei einer 50-jährigen paranoiden Schizophrenen zu beobachten. Die Krankengeschichte ist hier ausführlich wiedergegeben.

Wichmann (235) hält es für sicher, daß Hysterie und Dementia praecox grundverschiedene Krankheiten darstellen vor allem in ihrer Affektivität. Die Differentialdiagnose kann nicht allein durch Abgrenzung und Betrachtung der Symptome entschieden werden, es kommt mehr auf den Gesamteindruck des ganzen Zustandbildes an. Doch sind auch Zustandsbilder nicht einwandfrei. Differenzialdiagnostisch darf man auf Situation und Beeinflussung durch äußere Verhältnisse kein entscheidendes Gewicht legen. Während man vor dem Kriege in dubiis sich leichter für Dementia praecox entschied, neigt man jetzt mehr zur Diagnose Hysterie. Weder der Querschnitt der Psychose noch der Längsschnitt, der Verlauf bringt in allen Fällen Klärung. *W.* beschreibt dann hier ausführlich die Krankheit eines von Kindheit an Schwachsinnigen, bei dem trotz zwölfmonatlicher Beobachtung in der Klinik die Diagnose noch nicht klar geworden ist.

Witte (237) hat über die Resultate seiner anatomischen Unteruchungen, die er hier ausführlich wiedergibt, in der Sitzung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz zu Köln am 25. 6. 1921 mitgeteilt. Ich verweise deshalb auf den Bericht über diese Versammlung im 77. Band dieser Zeitschrift.

c) Paranoia.

Gaupp (64) berichtet über den weiteren Krankheitsverlauf des Mörders Ernst Wagner (Band 60, S. 312 dieser Zeitschrift) und dessen neues dreiaktiges Drama „Wahn“, worin die letzten Tage und der Untergang König Ludwigs *II.* von Bayern geschildert ist.

Stanley (202) will durch Einspritzungen mit Hodenflüssigkeit auch einen Fall von Verfolgungswahnsinn geheilt haben.

d) Sonstiges.

Kehrer (92) unterzieht hier die seit der letzten zusammenfassenden Behandlung des Themas durch *Spielmeyer* (1912) erschienenen Arbeiten über die Psychose des Um- und Rückbildungsalters einer kritischen Untersuchung. *K.* schiebt die Schuld der Unklarheit, die inbetreff der Psychosen des höheren Lebensalters besteht, wenigstens zum größten Teil auf die Unklarheit der pathogenetischen Betrachtung. Klimacterium als Umbildungsphase zu einem Indifferenzstadium und die nach Jahrzehnten schleifend einsetzende senile Involution des funktionstragenden Hirnrindengewebes müssen biologisch scharf getrennt werden. Das präsenile Irresein wird in Zukunft fortfallen müssen. Die Frage nach den Beziehungen des Kli-



macterium virile zu psychischen nervösen Störungen ist noch durchaus ungeklärt. *K.* referiert und kritisiert dann die Arbeiten der letzten 20 Jahre, welche sich auf die spezielle Psychopathologie des höheren Lebensalters beziehen.

Krabbe (101) gibt hier die Krankengeschichte von 3 Schwestern bei denen Myotonie mit Schizophrenie bestanden, ohne Epilepsie.

Mayer (137) hat die Fälle, welche seinerzeit in der Münchener Klinik zur Aufstellung des Paraphreniebegriffes benutzt wurden, jetzt nachuntersucht, soweit es möglich war im ganzen 78 Fälle. Er fand nun, daß die 9 Fälle von Paraphrenia phantastica jetzt alle zur Schizophrenie resp. Dementia paranoides zu rechnen sind. Von den 13 Fällen der P. expansiva gehören jetzt 5 jedenfalls zur Schizophrenie, ein Fall zum manisch-depressiven Kreis, ein Fall entwickelte sich zu einem organisch-senilen Bild. Ein anderer Fall zeigt zahlreiche schizophrene Züge. Die 5 übrigen Fälle muß *M.* als besondere Gruppe ansprechen. Sie sind bereits über 10 Jahre in Beobachtung, die Krankheit begann in allen Fällen erst im Alter von über 40 Jahren. Eine Zerstörung der Persönlichkeit findet nicht statt. — Von den 11 Fällen der Paraphrenia confubalatoria haben sich 5 Fälle weiterhin als Schizophrenie entwickelt. Die übrigen entwickelten sich zwischen dem 42. u. 59. Lebensjahr. *M.* berichtet hier über einen hochinteressanten Fall, der zu dieser Gruppe gehört, mit Heilung. Von den 45 Fällen von Paraphrenia systematica ist nur in 17 Fällen die Diagnose später als gerechtfertigt gefunden worden. Der Beginn des Leidens bei diesen war mit Ausnahmen von zwei immer um das 50. Lebensjahr herum.

Es bleiben also von den 78 Fällen nur 28 Fälle übrig, welche im Sinne von *Kraepelin* als Paraphrenien verliefen. *M.* kommt trotzdem zu dem Schluß, daß die paraphrenen Psychosen auf jeden Fall erbbiologisch und klinisch nächste Verwandschaft zur Dementia praecox zeigen. Ein großer Teil der zehnjährigen Fälle gehört sicher dazu, ein kleiner Teil bildet eine Gruppe für sich, die man als endogene paranoide Defektpsychose ohne stärkere Willensstörung bezeichnen kann, es handelt sich aber auf alle Fälle nur um eine Untergruppe des großen Schizophreniekreises.

Medow (142) befaßt sich hier mit folgendem Krankheitsbild: Auf dem direkt familiären Boden einförmig-hypochondrisch gefärbter depressiver Persönlichkeiten, die jedoch nicht den Charakter der Hypomelancholie oder Cyclothymie erweisen, und auf der Grundlage einer vorwiegend ähnlich depressiv gerichteten prämorbiden Persönlichkeit baut sich im Lebensalter der beginnenden senilen Involution eine schleichend beginnende Psychose auf, die nach jahrelangem Höhestadium in einen dauernden Defektzustand übergeht. Psychische Erschütterungen scheinen den Ausbruch der Krankheit zu befördern, wenn ihm auch nicht die Hauptursache beizumessen ist. Im Vordergrund der akuten Krankheitssymptome stehen die affektiven Störungen der Angst und der Hypochondrie, die somit auf eine Lokalisation in der somatopsychischen Sphäre hindeuten. Die Erscheinungen affektiver Reaktivität und hysterische Stigmata finden sich häufig, sie kennzeichnen sich aber doch nur als Vorliebe der Krankheit, eine schon vorher vorhandene reaktive Veranlagung als Nebenprodukt zu wecken. Als Symptom der Erregung findet sich allgemein starke, einförmige, motorische Unruhe, die sich zu hyperkinetischen Bildern steigern kann.



seltener sind akinetische und stupuröse Phasen eingeschoben. Schon bald stellten sich Zeichen eines eigenartigen affektiven Anfalles ein, die sich zunächst schon in der Erregung unter dem Bilde der Einförmigkeit, in der Neigung zur Wiederholung motorischer und sprachlicher Erscheinungen, zur Iteration und Verbigeration und in der Erstarrung der Mimik und der Ausdrucksbewegungen äußert. Mit dem allmählichen Abklingen der Erregung wird die Einbuße höherer Persönlichkeitswerte immer deutlicher, es stellt sich Einbuße an Interesse, Verlust der Anpassungsmöglichkeit und Verarmung der Bestrebungen ein. Im Endstadium zeigt die Persönlichkeit ein überaus eigenartiges Bild von Pedanterie und Erstarrung, verunziert durch mancherlei absurde Angewohnheiten. Dagegen tritt kein Zerfall der Persönlichkeit ein, im Bereich einiger besonders stark gebahnten Gebiete, besonders bezüglich der Familiengefühle bleibt der Affekt ansprechbar und reichhaltig. Im Verlauf des Prozesses führt die Erkrankung fast ausnahmslos zur Wahnbildung, von denen hypochondrischer Wahn und Verfolgungswahn fast konstant sind, anders gerichtete Wahnformen, Beziehungswahn, Versündigungswahn, Kleinwahn, sexuelle Wahnideen treten seltener in Erscheinung. Erklärungswahn und Projektionen aut die Umgebung sind selten. Sinnestäuschungen spielen nur eine untergeordnete Rolle. Die Intelligenz bleibt erhalten oder zeigt nur geringe Einbuße. Eine Beziehung zum Klimacterium besteht nicht.. Nicht selten im früheren Lebensalter vorauslaufende zirkumskripte psychische Erkrankungen tragen in der Form von hypochondrischen und ängstlich gefärbten Verstimmungen bereits die Kennzeichen der späteren Krankheit. Die Züge der affektiven Melancholie in Form von Insufficienzgefühl, Hemmung und Versündigungswahn sind nur vereinzelt und in verschwindender Stärke angedeutet. Sowohl Höhe und Endstadium lassen die charakteristischen Defekte der senilien Demenz vermissen. Entscheidende Beziehungen zur Gehirnarteriosklerose lassen sich nicht gewinnen. — Einige Krankengeschichten, in Form einer Tabelle, erläutern das Vorstehende.

Meyer (147) berichtet über 2 Fälle von Psychose vom Typus des heftigsten Delirium acutum im Endstadium einer akuten gelben Leberatrophie. Man darf in den meisten Fällen von akuter gelber Leberatrophie, von einer spezifischen Autointoxikationspsychose sprechen, da unmittelbar mit der Einschmelzung des Leberparenchyms die Erscheinungen einer Psychose von so stürmischen Charakter einsetzen, daß eine nebenher bestehende, die Leberatrophie auslösende, ja selbst eine Cholaemie für die Ätiologie nicht in Betracht gezogen werden kann.

Pick (162) hat hier auch ein Kapitel „Motorische" und „Statische Perseveration", zugleich ein Beitrag zur Lehre von den katatonen Erscheinungen.

Sieber (197). Eingehende Studie über die thermische Erkrankung der Heizer mit gut informierender Kasuistik. Die auf ungeregelter Thermoregulation basierende allgemeine Erkrankung manifestiert sich auch durch zahlreiche Symptome seitens des Nervensystems, namentlich in letzten Phasen des Prodromalstadiums (Ohnmacht, Bewußtlosigkeit, Verschwinden der reflektorischen Tätigkeit) und im zweiten Stadium (motorische Reizbarkeit, Krämpfe bis epileptiformer Status, Mydriasis und Reflexlosigkeit der Pupillen, häufig Anisokorie, Nystagmus), hier und da von dauernden Anomalien (Hemiplegie, Paraplegie, Nervenlähmungen usw.) gefolgt.



Psychische anormale Zustände (Stupor, Katatonie, Delirien) von verschiedener Dauer. Auch die post-kalorischen Erkrankungen betreffen meistens die Nervensphäre. *Stuchlik.*

Urechia-Josephi (222) gelang es in einem Fall von 5jähriger essentieller Halluzinose, ohne Verfolgungsideen, durch Applikation des hochgespannten elektrischen Stromes eine deutliche Wirkung auszuüben in dem Sinne, daß die Sinnestäuschungen für einige Stunden verschwanden. Bei einem Fall von alkoholischer Halluzinose schwanden die Halluzinationen nach wiederholter Anwendung von Amylnitrit. In einem dritten Fall, wahrscheinlich luetischer Natur, schwanden die Halluzinationen nach Amylnitrit jedesmal. Der Einfluß des Kreislaufs auf die Genese der Sinnestäuschungen wird durch diese Fälle demonstriert, — der organische Ursprung der Halluzinose wird dadurch viel wahrscheinlicher.

Vujiöl (227) beschreibt das Verhalten eines Patienten, 19jähriger Beamter, der im Kriege 1915 eine Gehirnerschütterung infolge eines stumpfen Schlages auf die linke Schläfengegend erlitten hat. Seit der Zeit „nervös", als traumatische Neurose und Psychoneurose in Behandlung, gegenwärtig unter der Paranoia chronica hallucinatoria in der Anstalt. Vorwiegendes Symptom abundante Gehörshalluzinationen. Seine Halluzinationen sind von Synaesthesien begleitet. So z. B. Stimmen verschiedener Menschen haben verschiedene Farbe, die aber in keiner Beziehung mit irgend welchen äußerlichem Merkmal der Person steht. Im ganzen (Details müssen im Original nachgelesen werden) stimmen die bei dem Patienten gemachten Beobachtungen mit den bisher in der Literatur niedergelegten Beschreibungen (*Bleuler*, *Clavière*, *Binet* usw.) überein. Die weitere Analyse der Erscheinung ergab, daß die Sekundärempfindungen schon vor dem Auftreten der Psychose existiert haben, und nur während der Zeit des Manifestwerdens der Psychose an Stärke und Intensität gewonnen haben. Wieweit die Psychose die Stärkung der Manifestation beeinflussen kann, bleibt diskutabel. Mit *Bleuler* ist der Verfasser der Ansicht, daß unbewußt die Photismen auch dann existieren, wenn sie nicht manifest sind; durch Aufmerksamkeit unter bestimmten Bedingungen können sie dann zum Bewußtsein kommen. Bei den Blinden z. B. werden sie erst nach dem Verlust des Gesichts manifest. Bei dem beschriebenen Falle ist es interessant, daß die Sekundärempfindungen die Halluzinationen begleiten. Für die Theorie der Halluzinationen ein Faktum, daß berücksichtigt werden muß. *Stuchlik*,

Wetzel (230) hatte im ersten Jahre des Krieges Gelegenheit, Schockpsychose an der Front, ganz frisch, gleich beim und nach dem Entstehen zu beobachten; teilweise konnte er, bei den kurz verlaufenden Fällen, auch den ganzen Verlauf der Psychose beobachten. Er geht hier zunächst auf die *Kleist-Bonhoeffer*schen Auseinandersetzungen ausführlich ein. Wegen der psychologischen Uneinheitlichkeit des „Schrecks" hält er es für zweckmäßig, die allgemeine Bezeichnung Schockpsychosen zu gebrauchen, wobei Schock als psychischer Schock gemeint ist. *W.* beschäftigt sich hier nur mit Schockpsychosen, die er zu allermeist wenige Stunden nach Beginn zur Beobachtung bekam, bei denen die körperlichen Symptome der Kommotion fehlten. Sieben Fälle bespricht er ausführlich. Von 6 weiteren bringt er nur Bruchstücke. — Die Untersuchung ganz frischer Schockpsychosen hat nach Aus-



schaltung der dem organischen Dämmerzustande *Bonhoeffers* etwa zuzurechnenden Fällen neben einfachen Emotionsstuporen Fälle finden lassen, bei denen u. a. völliges Losgelöstsein von der tatsächlichen Situation und deren Verdrängung, theatralische Einschläge in dem ganzen Gehaben, puerilistische Züge, endlich Verbände im Sinne von *Ganser* in mannigfachen Syptomengruppierungen den akuten Ausnahmezustand charakterisieren. Eine pathopsychologische Zergliederung geeigneter Fälle dieser Art ergab, daß auch bei ihnen die Wirkung eines egoistisch eingestellten Wunschfaktors im Sinne des Flucht-, Krankheits-, Mitleids-, Beobachtungswunsches als auslösende Ursache nicht notwendig angenommen zu werden braucht, daß bei einem Teil der Fälle eine solche Wirkung mit weitgehender Wahrscheinlichkeit auszuschließen ist.

Weygandt (231) glaubt, daß bei der hypophysären Fettsucht, von bestimmten Reizsymptomen abgesehen, in psychischer Hinsicht bisher nicht genügend gewürdigt werden der Schwachsinn und die heitere Verstimmung mit psychomotorischer Unruhe. Beide Symptome finden sich nicht immer, aber oft und zwar bei Vertretern der ganz verschiedenartig bedingten Gruppe der Dystrophia adiposogenitalis. *W.* sucht dies hier durch 10 Fälle, die er kurz beschreibt, zu bestätigen. Die Grundlage der Hypophysenstörung ist in diesem Falle recht verschieden. Bei allen Fällen besteht Schwachsinn mehr oder weniger hohen Grades, häufig in Verbindung mit heiterer, zu Scherzen aufgelegter Stimmung und harmlos erethischem und unruhigen Verhalten. *W.* läßt es dahingestellt, ob diese Euphorie und Erregung durch toxische Einflüsse, vorwiegend endokriner Art bedingt sei.

5. Organische Psychosen.

Ref.: Langelüddeke-Friedrichsberg.

1. *Achard, Ch.* et *Rouillard, J.*, Syphilis mésocéphalique. Discussion du diagnostic avec l'encéphalite léthargique. Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris ann. 37, no. 5.
2. *Adams, Douglas K.*, The cerebronal fluid in disseminated sclerosis. Lancet vol. 200, no. 9.
3. *Adler, A.*, Zum Verständnis einiger extrapyramidaler Innervationsstörungen. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 19/20, S. 122.
4. *Adler, Edmund* (Prag), Zur Encephalitis epidemica. Med. Klin. Nr. 1 u. 2, S. 13 u. 45. (S. 141*, 142*.)
5. *Anton, G.* und *Völker* (Halle), Über die Venenwege im Gehirn und über Gehirndesinfektion. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 40, H. 2 u. 3, S. 415.
6. *Audrain, J.*, Sur divers aspects de la descendance en cas de Syphilis ancestrale insoupçonnée (30 observations familiales). Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syph. no. 3, p. 85.



7. *Ayala, G.*, Über die angeborenen Muskeldefekte (Myoagnesie). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 68, S. 63.
8. *Bäumler, Ch.*, Zur Kasuistik der Wilsonschen Krankheit. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 71, H. 4—6, S. 193. (S. 150*.)
9 *Bailey, Percival* (Boston), Concerning classification of intracranial tumors. Arch. of neurol. and psych. vol. 5, no. 4, p. 418.
10. *Bakke, R.* (Bergen, Norw.), Encephalitis lethargica in Norwegen 1919 bis 1920. Med. rev. no. 2, p. 62.
11. *Bappert* (Frankfurt a. M.), Zur Frage der Untersuchung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei Hirnverletzten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 73, S. 239. (S. 148*.)
12. *Barkman, Åko*, Sur les mouvements arrêtés ou le symptôme de frein, un signe cerébélleux. Acta med. scand. vol. 54, fasc. 3, p. 213.
13. *Barré, J. A.* et *Reys, L.*, Le syndrôme parkinsonien post-encéphalique. Bull. méd. ann. 35, no. 18.
14. *Dieselben*, Le liquide céphalorachidien dans l'encéphalite épidémique. Bull. méd. ann. 35, no. 18.
15. *Barré, J. A.* et *de Schrapf, K.* (Straßburg), Sur la pression du liquide céphalo-rachidien. Bull. méd. ann. 35, no. 4.
16. *Baumgart, Otto* (Breslau), Die juvenile Tabes, unter besonderer Berücksichtigung der hereditären und konstitutionellen Momente. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 71, S. 321. (S. 144*.)
17. *Benard, René* et *Rouquier, A.*, Les modifications humorales au cours du pithiatisme grave. Narkolépsie pithiatique et encéphalite léthargique. Paris méd. no. 11, p. 217.
18. *Benary, W.*, Denkpsychologische Untersuchungen an Seelenblinden. Vortrag, 7. Psychol. Kongreß, Marburg April 1921. Bericht: Ztlbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 25, Nr. 9, S. 560.
19. *Berger, Hans* (Jena), Über Gehirnbefunde bei schweren Schädelverletzungen und nach Granateinschlag in nächster Nähe. Arch. f. Pscyh. Bd. 63, H. 1, S. 311.
20. *Derselbe*, Untersuchungen über den Zellinhalt der menschlichen Großhirnrinde. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 69, S. 46.
21. *Berkenau* (Kiel), Endolumbale Salvarsantherapie der Lues des Zentralnervensystems einschl. der Tabes dorsalis. Therap. Halbmtschr. Nr. 16.
22. *Berliner, K.* (Gießen), Tuberöse Sklerose und Tumor. Beiträge zur pathol. Anatomie u. zur allg. Pathol. Bd. 69, S. 381.
23. *Bertolani del Rio, Maria* (Reggio-Emilia), I recenti studi sull' etiologia e la cura della sclerosi a placche. Riv. speriment. di fren. vol. 44, fasc. 3/4, fol. 629.
24. *Bianchi, Gino* (Parma), Sulla grande prevalenza della midriasi a destra nelle malattie luetiche del sistema nervoso. Riv. speriment. di fren. vol. 44, fasc. 3/4, fol. 595.



25. *Derselbe*, I postumi mentali dell' encefalite letargica. Giorn. di clin. med. ann. 2, fasc. 11.

26. *Bing*, *Robert* (Basel), Zur Frage des Parkinsonimus als Folgezustand der Encephalitis lethargica. Schweizer med. Wschr. Nr. 1, S. 4.

27. *Binswanger*, *K.* (Kreuzlingen, Schweiz), Atypische symptomatische Psychose bei allgemeiner Gehirnkarzinomatose. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 68/69, Max Nonne-Festschrift.

28. *Blumenthal*, *Kurt*, Psychosen bei Hydrocephalus, Meningitis serosa, Hirnschwellung und Pseudotumor. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 64, S. 307.

29. *Boas*, *Kurt*, Die progressive Paralyse bei Heeres- und Marineangehörigen in Krieg und Frieden, mit besonderer Berücksichtigung der praktischen Gesichtspunkte in der Dienstbeschädigungsfrage. Arch. f. Psych. Bd. 63, H. 2 u. 3, S. 623.

30. *Boehme*, *A.* (Bochum), Myelo-Encephalitis. Deutsche med. Wschr. Nr. 12, S. 319.

31. *Boettiger*, *A.* (Hamburg), Über extrakapsuläre Hemiplegien, insbesondere Hemihypertonia apoplectica. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 68/69, Max Nonne-Festschrift.

32. *Derselbe*, Über Agraphie. Vortrag, Gesellsch. deutscher Nervenärzte, 11. Jahresversammlung, Sept. 1921, Bericht: Ztlbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 26, Nr. 6/7, S. 500.

33. *Bolten*, *G. C.* (Haag), Über eine spezielle Form galvanischer Überempfindlichkeit bei „Fragilitas ossium". Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 49, H. 3, S. 144.

34. *Bonhoeffer*, *K.* (Berlin), Die Encephalitis epidemica. Deutsche med. Wschr. Nr. 9, S. 229. (S. 140*.)

35. *Borries*, *G. V. Th.* (Naestved, Dänemark), Otogene Encephalitis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 70, S. 93. (S. 141*.)

36. *Bostroem*, *A.* (Rostock-Gehlsheim), Ungewöhnliche Formen der epidemischen Encephalitis mit besonderer Berücksichtigung hyperkinetischer Erscheinungen. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 68/69, Max Nonne-Festschrift. (S. 141*, 142*.)

37. *Boyd*, *William* (Winnipeg, Cal.), The sequelae of epidemic encephalitis. American journ. of the med. ass. vol. 162, no. 2, p. 248.

38. *Breitbach*, *Thea*, Zur Kenntnis der tabesähnlichen multiplen Sklerose. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 72, H. 1/2, S. 1.

39. *Briand*, *Marcel* et *Rouquier*, *A.*, Des variations du taux du glycose, de l'albumine et de l'urée dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux. Bull. et mém. de la Soc. des Hôp. de Paris ann. 37, no. 5, p. 145.

40. *Brouwer*, *B.* und *Coenen*, *L.* (Amsterdam), Untersuchungen über das Kleinhirn. Psych. en neurol. Bladen no. 3/4. (Holländisch.)



41. *Bruck, C.* Über die Entwicklung der Syphilisserodiagnose. Berl. klin. Wschr. 1921, Nr. 18, S. 465. (S. 145*.)

42. *Derselbe*, Über den Einfluß der Salvarsanexantheme auf den Verlauf der Syphilis. Berl. klin. Wschr. 1921, Nr. 20, S. 518. (S. 146*.)

43. *Buckley, Albert C.*, Mental states associated with apoplexy and allied conditions. (Rev. of fifty cases.) New York med. journ. vol. 113, no. 15.

44. *Budde, Max*, Zur Kenntnis der bösartigen Hypophysengeschwülste und der hypophysären Kachexie. Frankfurter Ztschr. f. Pathol. Bd. 25, H. 1, S. 16.

45. *Büchler, Paul* (Budapest), Beiträge zu den Hypophysenveränderungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 72, S. 207.

46. *Büdinger, K.* (Wien), Die Ursachen der Spätsymptome nach duralen Blutungen. Med. Klin. Nr. 20, S. 584. (S. 149*.)

47. *Büscher, Julius* (Kiel), Störungen der Funktionen von Hypophyse und Zwischenhirn bei Lues cerebri. Arch. f. Psych. Bd. 64, Nr. 1/2, S. 81.

48. *Bychowski, Z.* (Warschau), Über den Verlauf und die Prognose der Encephalitis lethargica. Neurol. Ztlbl. Ergänzungsband S. 46. (S. 141*, 142*, 143*.)

49. *Cawadias, A.*, L'encéphalite épidémique en Grèce. Cpts. rend. des séances de la Soc. de biolog. vol. 84, no. 3, p. 137.

50. *Derselbe*, Recherches de laboratoire sur les cas d'encéphalite épidémique observés en Grèce. Cpts. rend. des séances de la Soc. de biolog. vol. 84, no. 3, p. 139.

51. *Chaskel, Max*, Über einige Paralysefälle mit klinischen und anatomischen Besonderheiten und Spirochätenbefunden. Arch. f. Psych. Bd. 63, H. 2 u. 3, S. 601.

52. *Chavigny, Paul* et *Gelma, E.*, Les prodrômes psychopathiques de l'encéphalite épidémique dans leurs rapports avec l'expertise médicolégale. Bull. de l'Acad. de méd. vol. 85, no. 30.

53. *Ciuffini, Publio*, Contributo clinico allo studio della Lues ereditaria nervosa. Riv. di patol. nerv. e mentale vol. 25, fasc. 7—8, p. 226.

54. *Claude, Henri* et *de Laulerie, J.*, Deux cas d'encéphalite épidémique survenues dans le milieu hospitalier. Bull. et mém. de la Soc. des Hôp. de Paris, ann. 37, no. 2.

55. *Derselbe* und *Schaeffer, H.*, Sclérose combinée syphilitique à l'évolution progressive. L'Encéphale no. 2, p. 65.

56. *Dieselben*, Hémiplégie gauche avec aphasie chez une droitière. L'Encéphale no. 2, p. 99.

57. *de Clérambault* (Paris), États comitiaux mnésiques. L'Encéphale ann. 16, no. 1.

58. *Cords, Richard* (Köln), Die Augensymptome bei der Encephalitis epidemica. Sammelreferat unter Verwertung von neuen eigenen Er-

fahrungen. Ztlbl. f. d. ges. Ophthalm. u. ihre Grenzgebiete Bd. 5, H. 5, S. 225.

59. *Creutzfeldt*. *H. Gerhard* (Kiel), Über Alzheimersche Krankheit. Sitzungsbericht: Münch. med. Wschr. Nr. 52, S. 1684.

60. *Derselbe*, Die neueren Ergebnisse der hirnanatomischen (histolog.-pathologischen) Forschung für die Geisteskrankheiten. Deutsche med. Wochr. Nr. 52, S. 1591.

61. *Cruchet*, L'encéphalo-myélite épidémique à Bordeaux et dans la region du Sud-Ouest. Journ. de méd. de Bordeaux ann. 92, no. 1, p. 20.

62. *Curschmann*, *H.* (Rostock), Die perniziöse Anämie im Greisenalter. Münch. med. Wschr. Nr. 6, S. 172.

63. *Dahlström*, *Sigurd* (Kristiania), To tilfaelder av paralysis generalis juvenilis. Norsk mag. for laeger, Oktober-Nr., S. 710.

64. *Derselbe*, Zwei Fälle von Paralysis generalis juvenilis. Norsk mag. for laegevidenskaben ann. 82, no. 10, p. 710.

65. *Derselbe* u. *Wideröe*, *Sofus* (Kristiania), Studie über den Liquor cerebrospinalis und dessen Kommunikationsverhältnisse bei syphilogenen Geisteskrankheiten. Ztschr. f. d. ges. Neuro'. u. Psych. Orig. Bd. 72, S. 75.

66. *Danadschijeff*, *St.* (Sofia, Bulg.), Zur Klinik der Folgezustände der Encephalitis lethargica. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 68, S. 1.

67. *Dandy*, *Walter E.* (Baltimore), The treatment of brain tumors. Journ. of the American med. Ass. vol. 77, no. 24.

68. *Davis*, *Thomas K.* and *Kraus*, *Walter M.*, The colloidal gold curve in epidemic encephalitis. (A preliminary note.) The American journ. of med. scienc. vol. 161, no. 1, p. 109.

69. *Dieckmann*, *H.* (Berlin), Zur Pathogenese der Encephalitis lethargica und ihre Beziehungen zur Grippe. Virchows Arch. f. pathol. Anatom. u. Phys. Bd. 233, S. 52.

70. *Dietrich*, *A.* (Köln), Die Entstehung der Ringblutungen des Gehirns. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 68, S. 351.

71. *Dimitz*, *Ludwig* u. *Schilder*, *Paul* (Wien), Über psychische Störungen bei der Encephalitis epidemica des Jahres 1920. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 68, S. 299. (S. 141*.)

72. *Doerr*, *R.* (Basel) und *Kirschner*, *L.* (Wien), Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse. Ztschr. f. Hygiene Bd. 92, H. 2.

73. *Donaldson*, *Elise*, Syphilis a cause of insanity. Public health rev. vol.36 no. 3. p. 67.

74. *Donath*, *J.* (Budapest), Silbersalvarsan in der Behandlung der syphilitischen Erkrankungen. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 71, H. 4—6.

75. *Dorner*, *G.* (Leipzig), Ein Beitrag zur Kenntnis der unter dem Bilde



des Pseudotumor cerebri verlaufenden Hirnschwellungen. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 72, H. 1/2, S. 48.

76. *Dreyfus*, *G. L.* (Frankfurt a. M.), Prognostische Richtlinien bei isolierten syphilogenen Pupillenstörungen. Med. Klin. Nr. 51, S. 1539. (Desgl. Vortrag, Braunschweig, 11. Jahresversamml. Ges. deutscher Nervenärzte.)
77. *Dreyfus*, *Heinr.* (Heidelberg), Multiple Sklerose und Beruf. Ztschr f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 73, H. 4/5, S. 479.
78. *Dupouy* et *Bonhomme*, Paralysie générale et maladie de Recklinghausen. Presse méd. ann. 29, no. 35.
79. *Dieselben*, Hallucinations liliputiennes. Presse méd. ann. 29, no. 35.
80. *Dupré*, Lésions et symptômes en psychiatrie organique. Paris méd. ann. 11, no. 8.
81. *Ebstein*, *Erich*, Beiträge zur Geschichte der Schlafsucht, mit besonderer Berücksichtigung der Encephalitis epidemica. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 72, H. 3/4, S. 225.
82. v. *Economo*, *C.* (Wien), Über Encephalitis epidemica lethargica, ihre Behandlung und ihre Nachkrankheiten. Wien. med. Wschr. Nr. 30. (S. 141*, 142*.)
83. *Edinger*, *L.*, Einführung in die Lehre vom Bau und den Verrichtungen des Nervensystems. 3. Aufl., bearbeitet von *K. Goldstein* u. *A. Wallenberg*. Leipzig, F. C. W. Vogel. 60 M.
84. *Eversbusch*, *Gustav* (München), Versuch einer einheitlichen Erklärung der Lähmungserscheinungen bei der infantilen zerebralen Hemiplegie. Münch. med. Wschr. Nr. 21, S. 627. (S. 149*.)
85. *Faßbender*, *Christian*, Das epidemische Auftreten der Grippe und der Encephalitis lethargica in Preußen im Jahre 1920 und die gegenseitigen Beziehungen der beiden Krankheiten. Veröffentl. a. d. Geb. des Medizinalwesens Bd. 13, H. 8, S. 3—40.
86. *Fehsenfeld* (Neuruppin), Lumbalpunktion und Luesdiagnose. Med. Klin. Nr. 18, S. 528. (S. 145*.)
87. *Felsani*, *G.*, La sclerosi cerebrale diffusa e la pseudosclerosi. Ann. di neurolog. ann. 38, fasc. 3.
88. *Fendel* (Höchst a. M.), Hypopituitarismus nach Gehirngrippe. Deutsche med. Wschr. Nr. 34, S. 991.
89. *Fiebig*, *Max* (Berlin), Beitrag zur Klinik der infantilen Pseudobulbärparalyse. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 68, H. 6.
90. *Finger*, E., Die Syphilis des Nervensystems, ihre Ursachen und Behandlung. Wien. klin. Wschr. Nr. 2/3.
91. *Derselbe*, Bemerkungen zu Gennerichs Broschüre: Die Syphilis des Zentralnervensystems, ihre Ursachen und Bedeutung. Wiener klin. Wschr. Nr. 4, S. 33.
92. *Fischer*, *Heinrich* (Köln), Juvenile Paralyse und Kriegsdienst. Deutsche med. Wschr. Nr. 5, S. 126.



93. *Fischer*, *Oskar* (Prag), Ein neuer zerebraler Symptomenkomplex (isolierter Ausfall der Mimik, Phonation, Artikulation, Mastikation und Deglutition bei Erhaltung des oralen Muskelkomplexes). Med. Klin. Nr. 1, S. 10.

94. *Derselbe*, Über die unspezifische Therapie und Prophylaxe der progressiven Paralyse. Med. Klin. Nr. 50, S. 1509; Nachtrag, gl. Wschr. (1922) Nr. 13, S. 402.

95. *Fleck*, *U.* (Hamburg-Eppendorf), Erfahrungen über die Behandlung der multiplen Sklerose mit Silbersalvarsannatrium. Med. Klin. Nr. 8, S. 220. (S. 147*.)

96. *Derselbe*, Isolierte reflektorische Pupillenstarre bei einem gesunden Erwachsenen als Ausdruck einer Lues congenita. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 65, H. 1—2, S. 35. (S. 145*.)

97. *Fleischmann*, *R.* (Bad Nassau), Das Verhalten des Liquor cerebrospinalis bei den verschiedenen Stadien und Formen nicht behandelter Syphilis. Klinische Untersuchungen an 347 Fällen unbehandelter Syphilitiker. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 70, H. 4—6.

98. *Fócher*, *Ladislaus* (Budapest), Beitrag zur Psychologie der Wilsonschen Krankheit. Progressive lentikuläre Degeneration. Neurol. Ztlbl. Ergänzungsband, S. 81.

99. *Foerster*, *O.*, (Breslau), Zur Analyse und Pathophysiologie der striären Bewegungsstörungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 73, H. 1/3, S. 1. (S. 143*.)

100. *Förtig*, *Hermann* (Würzburg), Über Hirntumoren. (Zur Frage der Großhirnlokalisation.) Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 49, H. 2, S. 89. (S. 149*.)

101. *Fordice*, *John A.*, The importance of recognising and treating of neurosyphilis in the early period of the infection. The American journ. of med. sciences vol. 76, nr. 3, p. 313.

102. *Forster*, *E.* (Berlin), Zur Lokalisation der Apraxie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 50, H. 1, S. 1.

103. *Derselbe*, Striärer Symptomenkomplex (Demonstration). Sitzungsber. v. 14. 3. 22. Berl. klin Wschr. Nr. 33, S. 974.

104. *Francioni*, *Carlo*, Su di una particolare sindrome mentale consecutiva alla encefalite epidemica. Il Policlinico, sez. prat. ann. 28, fasc. 17.

105. *Fretzl*, *J.*, Über die Behandlung der Neuritis N. acustici und der Labyrinthaffektionen mit Pilokarpininjektionen. Časopis českých lékařův. Jg. 60, Nr. 29, S. 42g. (Tschechisch.) (S. 151*.)

106. *Freund*, *Lucie*, Ein Beitrag zur Gefäßsyphilis des Gehirns. Virchows Arch. f. patolog. Anat. u. Phys. Bd. 232, S. 203.

107. *Freyschlag*, *Bruno* (Gießen), Über den amyostatischen Symptomenkomplex nach Encephalitis lethargica. Deutsche med. Wschr. Nr. 37, S. 1097.



108. *Froment, J.*, La rééducation des aphasiques moteurs: principes, procédés et résultats. Paris méd. ann. II, no. 40.
109. *Derselbe*, Les diverses conceptions de l'aphasie. Essai critique de psychophysiologie pathologique. Journal de méd. de Lyon. ann. 2, no. 43.
110. *Fuchs, L.* (Würzburg), Über eigenartige Folgezustände mit halbseitigen rhythmischen Zuckungen nach Encephalitis lethargica. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 71, H. 1/3.
111. *Fuchs, W.* (Emmendingen), Zur Paralysebehandlung. Münch. med. Wschr. Nr. 34, S. 1084. (S. 146*.)
112. *Funaioli, Gaetano*, Esiti di lontani traumatismi bellici con considerazioni clinico-medico-legali. Giornale di med. milit. ann. 69, fasc. 2, p. 76.
113. *Furno, Alberto* (Imola), Singhiozzi ed encefalite epidemica. Riforma med. ann. 37, nr. 4, p. 77.
114. *Gaertner, W.* (Kiel), Über die Ursachen der Seltenheit der Paralyse bei unkultivierten Völkern. Münch. med. Wschr. Nr. 24, S. 743.
115. *Gamper, Eduard* (Innsbruck), Beitrag zur Pathologie und Therapie der Erkrankungen der Cauda equina. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 40, H. 2 u. 3, S. 349.
116. *Geigel, R.* (Würzburg), Die Behandlung des Gehirnschlages. Münch. med. Wschr. Nr. 21, S. 645. (S. 150*.)
117. *Gelma, Eugène* et *Hanns, Alfred*, Sur le sommeil et les troubles psychiques dans l'encéphalite léthargique. Annales de méd. vol. 9, no. 1.
118. *Gennerich, W.* (Kiel), Die Syphilis des Zentralnervensystems, ihre Ursachen und ihre Behandlung. Berlin, J. Springer, 265 S. 56 M.
119. *Derselbe*, Die Behandlung der meningealen Syphilis. Therapeut. Halbmonatsschr. H. 22, S. 690.
120. *Genzel, Alfred* (Rostock-Gehlsheim), Zur Prognose striärer Symptome nach Encephalitis. Münch. med. Wschr. Nr. 35, S. 1111. (S. 142*.)
121. *Gerhardt, D.*, Über kombinierte Strangsklerose. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 71, H. 4/6.
122. *Gersbach, Alfons* (Frankfurt a. M.), Die experimentellen Untersuchungen über die Entstehung der multiplen Sklerose. Med. Klin. Nr. 46, S. 1395.
123. *Gerstmann, Josef* u. *Schilder, P.* (Wien), Studien über Bewegungsstörungen. V. Über die Typen extrapyramidaler Spannungen und über die extrapyramidale Pseudobulbärparalyse (akinetisch-hypertonisches Bulbärsyndrom). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 70, S. 35.
124. *Giannuli, F.*, Über die Pathogenese der diffusen Hirnsklerose (Strümpellsche Krankheit). Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 71, H. 4/6.
125. *Gierlich, Nicolaus* (Wiesbaden), Über die Beziehungen der angeborenen und früh erworbenen hemiplegischen Lähmungen zur Phylogenese. Vortrag, Vers. D. Naturforscher u. Ärzte Baden-Baden, Sept. 1920.



Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E. Bd. 23, H. 1/2, S. 29.

126. *Gonnet*, *A.* (Paris), Sur la syphilis nerveuse dans ses rapports avec l'échelle sociale. Rev. neurol. Ann. 28, no. 2, p. 212.

127. *Grage*, *Helmuth* (Chemnitz), Spätfolgen nach Encephalitis epidemica. Deutsche med. Wschr. Nr. 24, S. 673. (S. 141*, 142*.)

128. *Gross*, *W.* (Heidelberg), Über Encephalitis epidemica. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 63, S. 299.

129. *Großmann*, *Morris* (New York), Late results of epidemic encephalitis. Archiv of neurol. and psych. vol. 5, nr. 5.

130. *Grosz*, *Karl* (Wien), Zur Klinik der Ostitis deformans (Paget) des Schädels. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 73, H. 4/5, S. 464.

131. *Grosz*, *Karl* u. *Pappenheim*, *M.* (Wien), Über das Kompressionssyndrom im Liquor cerebrospinalis mit besonderer Berücksichtigung des Queckenstedtschen Symptoms. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 67, H. 5/6, S. 353.

132. *Grünwald* (Freiburg i. B.), Encephalitis epidemica. Sammelreferat: Zentralbl. f. Neurol. u. Psych. Ergebn., Bd. 25, H. 4, S. 153. (S. 142*.)

133. *Grütter*, *Ernst* (Langenhagen, Hann.), Über Encephalitis epidemica. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 72, S. 29. (S. 141*, 142*.)

134. *Guillain*, *Jaquet* et *Lechelle*, Réaction meningée syphilitique secondaire avec troubles mésocéphaliques simulant l'encéphalite épidémique. Bull. et mém. de la Soc. des hôp. de Paris. Ann. 37, no. 3, p. 79.

135. *Dieselben*, Syphilis de la région du mét-encéphale simulant l'encéphalite épidémique. Bull. et mém. de la Soc. des hôp. de Paris ann. 37, no. 3, p. 74.

136. *Häfner*, *Wilhelm* (Breslau), Katatone Symptome bei progressiver Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 68, S. 160. (S. 145*.)

137. *Häuptli*, *G.* (Bern), Die Histologie der Poliomyelitis der Encephalitis lethargica. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 71, H. 1/3.

138. *Hammerstein*, *Gertrud* (Breslau), Zur Therapie der Syphilis des Zentralnervensystems. Berl. klin. Wschr. Nr. 9, S. 199. (S. 146*.)

139. *Hanke*, *Wanda* (Würzburg), Über aphasische und optisch räumliche Störungen. Arch. f. Psych. Bd. 63, H. 1, S. 167. (S. 148*.)

140. *Hanssen*, *Olaf*, Über zerebrospinale Syphilis, ihr Auftreten, ihre Behandlung. Acta med. Scand. tom. 53, nr. 6.

141. *Hartmann*, *F.*, Meningitis chronica serosa als Rest- und Späterscheinung bei Encephalitis epidemica. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 71, H. 1/3.

142. *Harvier* et *Levaditi*, Virulence des centres nerveux dans l'encéphalite, six mois après le début de la maladie. Progrès méd. ann. 48, no. 1, p. 9.

143. *Hassin*, *G. B.*, The contrast between the brain lesions produced by lead



and other inorganic poisons and those, caused by epidemic encephalitis. Arch. of neurol. and psych. vol. 6, nr. 3, p. 268.

144. *Hauptmann*, *A.* (Freiburg i. B.), Die Bedeutung des Liquorbefundes in den verschiedenen Stadien der Syphilis. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 68/69. Max Nonne-Festschrift.

145. *Derselbe*, Das Rätsel der Metalues. Sitzungsber.: Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 26, H. 1, S. 66.

146. *Derselbe*, Klinik und Pathogenese der Paralyse im Lichte der Spirochätenforschung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 70, S. 254. (S. 144*.)

147. *Derselbe*, Die Spirochaeten im Zentralnervensystem bei progressiver Paralyse. Vortrag, Deutscher V. f. Psych., Dresden, April 1921. Eigenbericht: Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E. Bd. 25, Nr. 8, S. 505.

148. *Derselbe*, Die Spirochäten bei multipler Sklerose. (Vortr. D. Verein f. Psych. Dresden April 1921). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 70, S. 300. (S. 147*.)

149. *Head*, *Henry*, Discussion of aphasie. Proceedings of the Royal Soc. of med. Tom. 14, nr. 4, Sect. of neurol. p. 29.

150. *Heller*, *Julius* (Berlin-Charlottenburg), Beitrag zur Häufigkeit der progressiven Paralyse in einem eng umgrenzten Personenkreise. Neurol. Zentralbl., Ergänzungsband S. 106.

151. *Henner*, *K.*, Über das Erkennen der Kleinhirnerkrankung. Praktický lekař. Jg. 1, Nr. 2, S. 26. (Tschechisch.) (S. 150*.)

152. *Hermel*, *Hans* (Rinteln a. W.), Über Spirochätenbefunde bei atypischen Paralysen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 73, H. 4/5, S. 419. (S. 146*.)

153. *Herschmann*, *Heinr.* (Wien), Über tuberkulotoxische Meningitis. Arch. f. Psych. Bd. 62, H. 3, S. 879. (S. 149*.)

154. *Derselbe*, Über den Verlauf der progressiven Paralyse im Senium. Med. Klinik, Nr. 41, S. 1225. (S. 145*.)

155. *Herzog*, *Benno* (Mainz), Die Differentialdiagnose der Encephalitis epidemica. Berl. klin. Wschr. Nr. 10, S. 228.

156. *Herzog*, *Fritz* (Greifswald), Über atypische amyotrophische Lateralsklerose. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 70, H. 4/6, S. 309.

157. *Herzog*, *G.* (Leipzig), Zur Pathologie der Encephalitis epidemica (lethargica). Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 70, H. 4/6.

158. *Hess*, *Otto* (Köln), Die Folgezustände der akuten Encephalitis epidemica. Münch. med. Wschr. Nr. 16, S. 481. (S. 142*.)

159. *Higier*, *H.* (Warschau), Familiäre Varietät der Oppenheimschen Myotonia congenita. Sitzungsber. v. 7. Juni 21. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 26, H. 3/4, S. 240.

160. *Hirsch*, *S.* (Frankfurt a. M.), Über das Vorkommen und die Stellung spinaler Symptome im Gesamtbild einer entarteten Körperver-



fassung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 63, S. 271.

161. *Hoche, A.* (Freiburg i. B.), Die Entstehung der Symptome bei der progressiven Paralyse. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 68/69. Max Nonne-Festschrift. (S. 145*.)

162. *Hohman, Leslie B.* (Baltimore), Epidemic Encephalitis (leth.), its psychotic manifestations with a report of 23 cases. Arch. of. neurol. and psych. vol. 6, nr. 3, p. 295.

163. *Holmström, Ruben* (Örebro, Schweden), Die rein mentalen und nervösen Symptome bei der Encephalitis lethargica. Hygiea, H. 7/8.

164. *Derselbe*, Beobachtungen an 27 Schlafkranken mit besonderer Berücksichtigung der rein nervösen und psychischen Symptome. Hygiea, H. 7/8. (Schwedisch.)

165. *Holthusen, H.* u. *Hopmann, R.* (Heidelberg), Über Encephalitis lethargica mit besonderer Berücksichtigung der Spätzustände. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 72, H. 1/2.

166. *Holzer* (Chemnitz), Der amyostatische Symptomenkomplex bei Encephalitis epidemica. Berl. klin. Wschr. Nr. 38, S. 1130.

167. *Holzer, W.* (Suttrop), Über eine neue Methode der Gliafaserfärbung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 69, S. 354. (S. 152*).

168. *Hübner, A. H.* (Bonn), Über Lues congenita. Vortr., Jahresvers. Südwestdeutscher Neurol. u. Irrenärzte, Baden-Baden, Mai 21. Eigenbericht. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 27, H. 4, S. 235.

169. *Huebschmann*, Über einige seltene Hirntumoren (Multiple Angiome, epithelialer Tumor, Lipom). Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 72, H. 3/4, S. 205.

170. *Hunt, J., Ramsay*, The striatal and thalamic types of encephalitis. A consideration of the symptoms and syndromes referable to the basal ganglia in epidemic encephalitis. American journal of the med. sciences vol. 162, nr. 4.

171. *Igersheimer, Josef* (Göttingen), Spirochätenbefunde an der Sehbahn bei Paralyse. Deutsche med. Wschr. Nr. 26, S. 738. (S. 146*.)

172. *Derselbe*, Über die Beziehungen der Spirochäten zum Erkrankungsherd, nach Untersuchungen am Auge und an der Sehbahn. Vortragsbericht: Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 27, H. 2/3, S. 170.

173. *Isserlin-Levin*, Irresein und Hirnverletzung. Demonstrationen. Bericht: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E. Bd. 23, H. 3, S. 195.

174. *Jacobi, Walter* (Jena), Über psychische Störungen bei Basalganglien-geschwülsten. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 49, H. 3, S. 125. (S. 149*.)

175. *Derselbe*, Psychische Störungen bei marantischer Sinusthrombose im Anschluß an Diphtherie. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 9/10, S. 53.

176. *Derselbe*, Beitrag zur Kenntnis der Epiphysentumoren. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 71, H. 4/6.



177. *Derselbe*, Zur Frage der allgemeinen Proteinkörpertherapie und aktiven Immunisierung der progressiven Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 73, H. 4/5, S. 575.
178. *Janeček*, *V.*, Über Schlaflosigkeit als Folge der Encephalitis lethargica Economo. Praktický lékař. Jg. 1, Nr. 1, S. 13. (Tschechisch.) (S. 144*).
179. *Derselbe*, Beitrag zur Kasuistik der Encephalitis epidemica. Praktický lékař. Jg. 1, Nr. 3, S. 39. (Tschechisch.) (S. 143*.)
180. *Jahnel*, *F.* (Frankfurt a. M.), Die Spirochäten im Zentralnervensystem bei der Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 73, S. 310.
181. *Jakob*, *A.* (Hamburg), Über eine eigenartige, der multiplen Sklerose nahestehende psychisch-nervöse Erkrankung mit charakteristischem anatomischen Befunde. Vortragsbericht: Münch. med. Wschr. Nr. 14, S. 438.
182. *Derselbe*, Zum Kapitel der paradoxalen zerebralen Kinderlähmung. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 68/69. Max Nonne-Festschrift.
183. *Derselbe*, Über eigenartige Erkrankungen des Zentralnervensystems mit bemerkenswertem anatomischen Befunde. (Spastische Pseudosklerose-Encephalo-myelopathie mit disseminierten Degenerationsherden.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 64, S. 147. (S. 152*.)
184. *Derselbe*, Über eine der multiplen Sklerose klinisch nahestehende Erkrankung des Zentralnervensystems (Spastische Pseudosklerose) mit bemerkenswertem anatomischen Befund. (Mitteilung eines 4. Falles.) Med. Klin. Nr. 13, S. 372.
185. *Derselbe*, Über atypische Paralysen und paralyseähnliche Krankheitsbilder mit vergleichender Berücksichtigung des histologischen und parasitologischen Zustandsbildes. (Vortrag, Dtscher Ver. f. Psych. Dresden, April 21.) Bericht: Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 25, H. 8, S. 510.
186. *Jakob* u. *Meggendorfer* (Hamburg), Postencephalitische Paralysis agitans. Sitzungsber. v. 24. Nov. 21. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 27, H. 8, S. 512.
187. *Janson*, *Gösta* (Östersund), Fall von Lipodystrophia progressiva. Hygiea, vol. 83, nr. 10.
188. *Jeliffe*, *Smith Ely* (New York), Hyperthyreoidism and tabes dorsalis. A preliminary statement. New York med. journ. vol. 113, nr. 9, p. 383.
189. *Derselbe*, Multiple Sclerosis and psychoanalysis. A preliminary statement of a tentative research. American journ. of the med. sc. vol. 161, nr. 5.
190. *Jones*, *Bertrand L.* and *Théophile Raphael*, The psychiatric features of so-called lethargic encephalitis. Case reports and a review of literatures. Arch. of neurol. and psych. vol. 5, nr. 2, p. 150.

191. *Jordan*, *A.* u. *Kroll*, *M.* (Moskau), Ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Nervenlepra und Syringomyelie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 73, H. 4/5, S. 437.

192. *Josephy*, *Herm.* (Hamburg), Über einige seltene, klinisch und anatomisch interessante Hirntumoren. (Vortragsbericht: Ges. D. Nervenärzte, Braunschweig, Sept. 21.) Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 26, H. 6/7, S. 507.

193. *Kahlmeter*, *Gunnar* (Stockholm), Zur Klinik der Encephalitis epidemica (lethargica). Münch. med. Wschr. Nr. 22, S. 669.

194. *Kaiser*, *Fr. W.* (Dresden), Herpes zoster bei progressiver Paralyse. Münch. med. Wschr. Nr. 36, S. 1153.

195. *Kalberlah*, *Fritz* (Hohe Mark i. Taunus), Zur Ätiologie und Therapie der multiplen Sklerose. Berl. klin. Wschr. Nr. 33, S. 963. (S. 148*.)

196. *Derselbe*, Zur Ätiologie der multiplen Sklerose. Deutsche med. Wschr. Nr. 4, S. 102. (S. 147*.)

197. *Karplus*, *J. P.* (Wien), Über organische Veränderungen des Zentralnervensystems als Spätfolge eines Traumas (nebst Bemerkungen über deren Verhältnis zu funktionellen Störungen). Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 41, H. 1, S. 93.

198. *Kaufmann*, *Irene*, Über die Markscheidenbildung der Hinterstränge des Rückenmarks. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 67, S. 190.

199. *Kayser-Petersen*, *J. E.* (Frankfurt a. M.), Versuch einer Epidemiologie der epidemischen Encephalitis. Münch. med. Wschr. Nr. 17. (S. 141*.)

200. *Derselbe*, Geschichtliche Betrachtungen zur Frage der Grippe-Encephalitis und epidemischen Encephalitis. 1. Mitteilung. Münch. med. Wschr. Nr. 36, S. 1137.

201. *Derselbe*, Die epidemische Encephalo-Myelitis. Ztschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 20/21.

202. *Kino*, *F.* (Frankfurt a. M.), Zur Lehre von der Verdoppelung des Rückenmarks. (Diplomyelie). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 65, H. 3/5, S. 272.

203. *Kirby*, *George H.* and *Davis*, *Thom. K.*, Psychiatric aspects of epidemic encephalitis. Arch. of neurol. and psych. vol. 5, nr. 5, p. 491.

204. *Kirschbaum*, *Max* (Köln), Über Persönlichkeitsveränderungen bei Kindern infolge von Encephalitis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 75, H. 4/5, S. 599. (142*.)

205. *Kirschbaum*, *Walter* (Hamburg), Über die Tuberkulose des Zentralnervensystems. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 66, S. 283. (S. 153*.)

206. *Kirschner*, *L.*, Zur Infektionstherapie der Dementia paralytica. Psych. en neurolog. Bl. 1921, Beibl. Neurotherapie nr. 6.

207. *Klarfeld* (Breslau), Zur Histopathologie der Encephalitis choreatica.



(Vortragsbericht: Ostdeutscher Psychiatertag, Breslau 1920.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E. Bd. 32, H. 4, S. 209.

208. *Kluge, Andreas* (Budapest), Die Erweiterung des Foramen magnum. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 73, H. 4/5, S. 606.

209. *Kohn, R.*, Notizen aus der Praxis. Časopis českých lékařův, Jg. 60, Nr. 19, S. 265. (Tschechisch.) (S. 144*.)

210. *Krambach, R.* (Berlin), Dauersymptome und amyostatische Krankheitszustände nach Encephalitis. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 50, H. 4, S. 189. (S. 141*.)

211. *Kramer, Franz* (Berlin), Demonstration aus dem Gebiete der Heredo-Degeneration (Friedreichsche Ataxie mit Dystrophia musc. progr., familiäre multiple Sklerose). Eigenbericht: Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 25, H. 4, S. 232.

212. *Kron, J.* (Moskau), Meningitis traumatica (circumscripta et diffusa). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 69, S. 34.

213. *Kutzinski, A.* (Königsberg i. Pr.), Liquorrhoe nach Hinterhauptsschuß und Arbeitsleistung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 49, H. 2, S. 118.

214. *Lachmund* (Münster, Westf.), Zum Kapitel der Schlafkrankheit. 1. Encephalitis epidemica — progressive Paralyse. 2. Encephalitis epidemica. — Hirnstammtumor. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 51/52 (1920), S. 381 u. Nr. 17/18 (1921), S. 103. (S. 141*.)

215. *Derselbe*, Über Schlafkrankheit und Tumor des Hirnstammes als Unfallfolgen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 9, S. 104. (S. 141*.)

216. *Lafora, Gonzalo R.*, Neue Fortschritte bei endolumbaler Behandlung der Syphilis des Nervensystems. Archiv de neurobiolog. vol. 2, no. 1, p. 56. (Spanisch.)

217. *Derselbe*, Betrachtungen über die aktuellen Fragen der Nervensyphilis. Siglo med. ann. 68, no. 4 (Spanisch.)

218. *Laignel-Lavastine* (Paris), Les troubles psychiques de l'encéphalite épidémique. Gaz. des hôp. civ. et milit. ann. 94, nr. 25 et 26.

219. *Lange, C.* (Berlin), Was leistet die reine Liquordiagnostik bei der Diagnose des Hirntumors? Mitt. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. Bd. 33, H. 5.

220. *Langstein, L.* u. *Putzig, H.*, Die angeborene Syphilis. Sammelreferat. Med. Klin. Nr. 25, S. 758.

221. *Leahy, R.* and *Sands, Irving S.*, Mental disorders in children following epidemic encephalitis. Journ. of the American med. Ass. vol. 76, nr. 6, p. 373.

222. *Ledderhose, L.* (München), Spätfolgen der Unfallverletzten, ihre Begutachtung und Untersuchung. Stuttgart. F. Enke. 186. S. 38 M.

223. *Leibbrand, Werner* (Berlin-Westend), Ein bemerkenswerter Fall von striärem Symptomenkomplex, im Anschluß an Encephalitis epidemica. Med. Klinik. Nr. 28, S. 848.



224. *Lenzmann*, Das Problem der Metalues. Ein Beitrag zur Frage der Paralyse und der Tabes. (Kleine med. Bücherei H. 21.) Leipzig. Repetitorienverlag. 20 S. 5 M.

225. *Lesser*, *Fritz* (Berlin), Zur quartären Syphilis des Nervensystems. Med. Klinik Nr. 25, S. 750. (S. 145*.)

226. *Derselbe*, Die Selbstheilung der Syphilis. Berl. klin. Wschr. Nr. 24, S. 638. (S. 146*.)

227. *Derselbe*, Die Selbstheilung der Syphilis. 2. Mitteilung. Berl. klin. Wschr. Nr. 35, S. 1043. (S. 146.*)

228. *Levaditi*, *C.* et *Marie*, A. (Paris), Le sang et le liquide céphalorachidien dans la paralysie générale. Arch. internat. de neurol. vol. 1, no. 1, p. 1.

229. *Levaditi*, *Marie*, A. et *Isaien*, Étude expérimentale de l'hérédité syphilitique. Cpt. rend. des séances de la Soc. de Biologie, vol. 85, no. 26.

230. *Lewy*, *F. H.* (Berlin), Zur pathologisch-anatomischen Differentialdiagnose der Paralysis agitans und der Huntington'schen Chorea. Ztschr. f. d. g. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 73, S. 170.

231. *Derselbe*, Experimentelle Untersuchungen zur Pathogenese der senilen Demenz und die Ursache ihrer Lokalisation in den subkortikalen Ganglien bei der Paralysis agitans. (Vortragsbericht: Ges. Deutscher Nervenärzte, 11. Jahresvers. Braunschweig, Sept. 1921.) Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 26, H. 6/7, S. 493.

232. *Lewy*, *F. H.* u. *Tiefenbach*, *L.* (Berlin), Die experimentelle Mangansuperoxyd-Encephalitis und ihre sekundäre Autoinfektion. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 71, S. 303.

233. *Ley*, *Rodolphe* et *Alexander*, La senilité. Part. anatomique (*Ley*), psychologique (*Alexander*). Journal du neurol. ann. 21, nr. 5, p. 85 u. 88.

234. *Lhermitte*, *J.* (Paris), Les Paralysies générales prolongées. Le syndrome humoral de la paralysie générale. Encéphale, ann. 16, no. 1, p. 33.

235. *Lhermitte*, *J.* et *Cornil*, *L.* (Paris), Syndrôme strié à double expression symptomatique, pseudo-bulbaire et parkinsonienne. Rev. neurol. ann. 28, nr. 3.

236. *Licen*, *E.* (Triest), Über einen Fall von Großhirnmangel bei geschlossenem Schädel. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 64, S. 282.

237. *Liepmann*, *H.* (Berlin), Bemerkungen zu Richard Arved Pfeifers Aufsatz: Beobachtungen an Rechts- und Linkshänderschrift von anscheinend weittragender Bedeutung (cf. Bd. 45, H. 3 dieser Ztschr.). Dazu: Vorläufige Erwiderung zu obiger Kritik, *R. A. Pfeifer*. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 68, S. 376 u. S. 416.

238. *Lignac*, *G. O. E.* (Leiden), Kann die pathologische Schläfrigkeit auch als Herdsymptom aufgefaßt werden? Berl. klin. Wschr. Nr. 17, S. 410.

239. *Lippmann*, *Hermann* (München), Über die Muskelatrophien bei Tabes dorsalis. Arch. f. Psych. Bd. 63, H. 1, S. 215.



240. *de Lisi, Lionello* (Cagliari), Sul parkinsonismo da encephalite epidemica. Policlinico, Sez. med., ann. 28, fasc. 11.
241. *Livet, Louis*, Contribution à l'étude des formes psychiques de l'encéphalite épidémique. Encéphale, ann. 16, no. 1, p. 53.
242. *Derselbe*, Contribution à l'étude des formes psychiques de la polioméencéphalite épidémique. Annales méd. psychol. ann. 79, no. 1, p. 39.
243. *Long-Landry* (Paris), Une famille d'hérédosyphilitiques: Paralysie générale juvénile. Revue neurol. ann. 28, no. 3, p. 316.
244. *Luce, H.* (Hamburg), Zur Diagnostik der Zirbeldrüsengeschwülste und zur Kritik der zerebralen Adipositas. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 68/69. Max Nonne-Festschrift.
245. *Maas, Otto* (Berlin-Buch), Fall von operativ behandelter athetotischer Bewegungsstörung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 49, H. 1, S. 42.
246. *Magnus, V.*, Experimentelle Untersuchungen über die Ätiologie der disseminierten Sklerose. Norsk. mag. for laegevidenskaben, ann. 82, nr. 11. (Norwegisch.)
247. *Mann, Ludwig* (Breslau), Über das Wesen der striären oder extrapyramidalen Bewegungsstörung (amyostatischer Symptomenkomplex). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 71, S. 357. (S. 143*)
248. *Marburg, O.* (Wien), Zur Frage der Behandlung nichteitriger Entzündungen des Zentralnervensystems. Neurol. Zentralbl. Ergänzungsband S. 90.
249. *Derselbe*, Hirntumoren und multiple Sklerose. Ein Beitrag zur Kenntnis der lokalisierten Form der multiplen Sklerose im Gehirn. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 68/69. Max Nonne-Festschrift. (S. 147*.)
250. *Derselbe*, Hirndrucksteigernde Prozesse. Wiener klin. Wschr. Nr. 23.
251. *Marburg* und *Ranzi* (Wien), Zur Klinik und Therapie der Hirntumoren mit besonderer Berücksichtigung der Endresultate. Arch. f. klin. Chirurgie Bd. 116, H. 1.
252. *Marchand, L.*, Considérations pathogéniques sur la paralysie générale. Presse méd. nr. 70.
253. *Derselbe*, Le tréponème pâle est-il l'agent causal de la paralysie générale? Annales méd.-psychol. ann. 79, nr. 3, p. 251, de même Encéphale, ann. 16, nr. 3, p. 156.
254. *Marie, Pierre* (Paris), La cerveau sénile. Progrès méd. vol. 48, no. 2, p. 14.
255. *Marie, Pierre* et *Boutier, H.* Traitement des myoclonies et spécialement des myoclonies consecutives à l'encéphalite léthargique avec le bromhydrat de cicutine. Bull. et mém. de la Soc. des hôp. de Paris ann. 37, no. 7, p. 252.
256. *Marinesco, G.* (Bukarest), Contribution à l'étude des formes cliniques de l'encéphalite épidémique. Revue neurol. ann. 28, no. 1.
257. *Marinesco* et *Rascanu* (Bukarest), L'étude des troubles des mouvements



dans l'encéphalite épidémique (léthargique) par la methode graphique. Journ. de physiol. et de pathol. gén. vol. 19, no. 3.

258. *Dieselben*, Contribution à la physiologie du Parkinsonisme. Cpts. rend. des séances de la Soc. de Biolog. vol. 84, no. 19 et vol. 85, no. 27.

259. *Marx*, *Emil Josef* (Ahrweiler), Über einen seltenen Fall von Korsakoffschem Symptomenkomplex bei Hirnarteriosklerose. Neurol. Zentralbl. Ergänzungsband, S. 87.

260. *Matzdorff*, *Paul* (Hamburg), Zur Kenntnis der klinischen Zeichen einer Pyramidenerkrankung der oberen Extremitäten. Deutsche med. Wschr. Nr. 48, S. 1458.

261. *Mauss*, *Theodor* (Dresden), Zur Frage der Spättherapie bei Kriegsverletzungen peripherer Nerven. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 65, H. 1/2, S. 37.

262. *Derselbe*, Über die traumatischen Rückenmarksschädigungen und deren Behandlung unter besonderer Berücksichtigung der Spätfälle. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 66, S. 1.

263. *Mayer*, *C.* und *John*, *Emil* (Innsbruck), Zur Symptomatologie des Parkinsonschen Formenkreises. (Zugleich ein Beitrag zur Klinik der Encephalitis epidemica.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 65, H. 1/2, S. 62.

264. *Mayer*, *Wilhelm* (Tübingen), Beitrag zu den Folgezuständen der epidemischen Encephalitis. Münch. med. Wschr. Nr. 18, S. 552. (S. 141*.)

265. *Mayer-Gross u. Steiner*, *G.* (Heidelberg), Encephalitis lethargica in der Selbstbeobachtung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 73, S. 283.

266. *Meggendorfer*, *Friedr.* (Hamburg-Friedrichsberg), Über die Rolle der Erblichkeit bei Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 65, H. 162, S. 18. (S. 144*.)

267. *Derselbe*, Über den Ablauf der Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 63, S. 9. (S. 144*.)

268. *Derselbe*, Über Encephalitis lethargica. Schlaf und Skopolaminwirkung. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 68/69. Max Nonne-Festschrift.

269. *Mendel*, *Kurt* und *Eicke*, *Hans*, Rückenmarkserkrankung im Frühstadium der Syphilis unter dem Bilde der Syringomyelie. Berl. klin. Wschr. Nr. 41, S. 1216.

270. *Mensi*, *Enrico* (Torino), Contributio allo studio delle sifilide ereditaria del sistema nervoso. Sindrome nervosa eredosifilitica simulante la forma spastica famigliare cerebrospinale. Rivista clin. pedriatr. vol. 19, fasc. 1.

271. *Meyer*, *Erich* (Dresden), Beitrag zur Encephalitis epidemica. Neurol. Zentralbl., Ergänzungsband S. 67.

272. *Meyer*, *E.* (Königsberg i. Pr.), Über organische Nervenerkrankungen im Gefolge von Grippe. Arch. f. Psych. Bd. 62, H. 3, S. 698. (S. 143*.)

273. *Derselbe*, Krankheiten des Gehirns und des verlängerten Markes. H. 12



der „Diagnostischen und therapeutischen Irrtümer und deren Verhütung." Leipzig. Thieme. 128 S. 18 M.

274. *Minea, J.* (Cluj), Contribution à l'étude des lesions des cellules nerveuses dans la senilité. (Über Riesenzellen.) Arch. internat. de Neurol Bd. 2, Nr. 2.

275. *Mingazzini, G.* (Rom), Cystis arachnoidea serosa medullaris (cervicalis). Neurolog. Zentralbl., Ergänzungsband, S. 12. (S. 141*.)

276. *Derselbe*, Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zum Studium der Encephalitis epidemica (lethargica). Ztschr. f. d. ges. Neurol u. Psych., Orig. Bd. 63, S. 199.

277. *Derselbe*, Beitrag zum Studium des Verlaufs einiger Bahnen des Zentralnervensystems des Cynocephalus rapias. Jahrb. f. Psych. u. Neurol Bd. 41, H. 1, S. 71.

278. *Derselbe*, Über die motorische Aphasie. Vortragsbericht (11. Jahresversammlung Deutscher Nervenärzte, Braunschweig, Sept. 1921) Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 26, H. 6/7, S. 498.

279. *Mire, Joseph*, Psychose récriminatrice sénile. Progrès méd. ann. 48 nr. 3, p. 31.

280. *Misch, Walter* (Halle a. S.), Zur Pathologie des Hirnstammes. Über Hirnstammfieber. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 66, S. 59.

281. *Mittasch, Gerhard* (Dresden), Über die pathologisch-anatomischen Grundlagen der Encephalitis lethargica und choreatica. Med. Klin. Nr. 5. S. 135.

282. *Mönkemöller* (Hildesheim), Multiple Sklerose und Unfall. Orig. Bd. 65, H. 3/5, S. 241. (S. 147*.)

283. *v. Monakow, C.* (Zürich), Der Kreislauf des Liquor cerebrospinalis. (Eine Ergänzung zum Aufsatz von *L. Stern*, vgl. gl. Ztschr. H. 2, S. 215.) Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 8, H. 2, S. 233.

284. *Morowoka, T.*, The microscopical examination of the choroid plexus in general paresis of the insane, and other forms of mental disease. (Communicated by *Fr. Mott.*) Proceedings of the R. Soc. of med. vol. 14, nr. 10, Sect. of psych. p. 23.

285. *Morpurgo, Edgardo* (Padova), La demenza paralytica nella Provinzia di Padova durante il decennio Luglio 1907—Giugno 1917. Giornale di psich. clin. e tecn. manicom. ann. 48, fasc. 3/4.

286. *Müller, Hans Heinrich* und *Dattner, Bernhard* (Wien), Ein unter dem Bilde der multiplen Sklerose verlaufender intramedullärer Tumor spinalis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 71, S. 234.

287. *Muskens, L. J. J.*, Seitliche Fallrichtung als praktisch brauchbares Symptom zur Lokalisation im Großhirn. (Klinische Beobachtungen über Zwangsbewegungen in der traversalen oder frontalen Ebene infolge Läsion zentraler Vestibularisverbindungen mit dem Corpus striatum.) Psych. en neurol. Bladen Jahrg. 1921, Nr. 5/6, S. 414. (Holländisch.)



8. *Nast*, *Otto* (Hamburg), Über das Problem der „Liquorlues“ (des Meningo-recidivs). Arch. f. Dermatol. u. Syph., Orig. Bd 131, S. 244.

9. *Nathan*, *E.* u. *Weichbrodt*, *R.* (Frankfurt a. M.), Untersuchungen über die Wassermannsche Reaktion bei Paralytikern. Arch. f. Dermatol. u. Syph., Orig. Bd. 135, S. 308.

0. *Naundorf*, *Friedrich*, Zur Aszendenz und Deszendenz der Paralytiker. Inaug.-Diss. Leipzig.

1. *Neißer*, (Stettin), Über den amyostatischen Symptomenkomplex. Sitzungsber. v. 5. 4. 24. Münch. med. Wschr. Nr. 41, S. 1336.

2. *Nießl v. Mayendorff* (Leipzig), Projektionsfaserung und Stammstrahlung. Arch. f. Psych. Bd. 63, H. 2 u. 3, S. 551.

3. *Derselbe*, Hirnrinde und Hirnstamm. Ztschr. f. allg. Physiolog. Bd. 19, H. 3/4.

4. *Noda*, *U.* (Boston), A Study of Nissls Stäbchenzellen in the cerebral cortex of general paresis, senile dementia, epilepsy, glioma, tuberculous meningitis and delirium tremens. Journ. of nerv. and mental dis. vol. 53, nr. 3, fol. 161.

5. *Nonne*, *Max* (Hamburg), Zur Klinik der Myelomerkrankung der Wirbelsäule. Neurol. Zentralbl., Ergänzungsband S. 1.

6. *Derselbe*, Syphilis und Nervensystem. Handbuch in 20 Vorlesungen etc. 4. neu durchgesehene u. verm. Aufl. Berlin, S. Karger. 1019 S. 160 M.

7. *Derselbe*, Über einen klinisch und anatomisch untersuchten Fall von Meningitis cerebrospinalis acuta syphilitica (mit positivem Spirochätenbefund) im Frühstadium der Lues. Med. Klinik Nr. 50, S. 1501.

8. *Orth*, *Johannes*, Syphilitische Erkrankungen des Zentralnervensystems und Unfälle. Kasuistische Mitteilungen aus meiner Gutachtertätigkeit. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, Orig. Bd. 131, S. 288.

9. *Pactet* et *Robin*, Un employé de chemin de fer paralytique général. Presse méd. ann. 29, no. 35.

0. *Parker*, *H. L.*, Juvenile Tabes. Review of the literature and summary of 7 cases. Arch. of neurol. and psych. vol. 5, nr. 2, p. 121.

1. *Paterson*, *Donald* and *Spence*, *J. C.*, The after-effects of epidemic encephalitis. Lancet, vol. 201, nr. 10.

2. *Pearl*, *Raymond* (Baltimore), A statistical note on epidemic encephalitis. Bull. of the John Hopkins hosp. vol. 32, nr. 365.

3. *Pecori*, *Guiseppe*, L'encefalite epidemica a Roma 1919/1920. Dati epidemiologici et considerazioni. Annali d'igiene, ann. 31, no. 1, p. 32.

4. *Pejše*, *A.*, Ein Fall von progressiver spinaler Atrophie Aran-Duchènes. Časopis českych lékařuv. Jg. 60, Nr. 22, S. 313. (Tschechisch.) (S. 151*.)

05. *Pekelsky*, *A.*, Dissoziierter Nystagmus bei multipler Sklerose. Časopis českých lékařův, Jg. 60, Nr. 13, S. 170. (Tschechisch.) (S. 148*.)



306. *Derselbe*, Medikation des spontanen Nystagmus. Casopis českých lékařův, Jg. 60, Nr. 16, S. 222. (Tschechisch.) (S. 150*.)

307. *Perdran, J. R.* and *Stebbing, G. F.*, Disseminated sclerosis treated with intravenous arsenic. Lancet, vol. 200, nr. 6, p. 271.

308. *Petit, Georges*, Encéphalite épidémique et divorce. Contribution à l'étude médico-légale des formes mentales de l'encéphalite épidémique. Annales méd. psychol. ann. 79, nr. 5, p. 437.

309. *Derselbe*, Les formes mentales prolongées de l'encéphalite épidémique. Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris. ann. 37, nr. 13.

310. *Pette, H.*, Zur Symptomatologie und Differentialdiagnose der Kleinhirnbrückenwinkeltumoren. Arch. f. Psych. Bd. 64, H. 1/2, S. 98.

311. *Pfeifer, R. A.* (Leipzig), Neueste Ergebnisse auf dem Gebiete der Gehirnforschung. Die Naturwissenschaften, H. 16.

312. *Pfeifer, B.* (Nietleben), Die periphere chirurgische Behandlung spastischer Lähmungen bei Hirnverletzten und anderen organischen Erkrankungen des Gehirns. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 68/69. Max Nonne-Festschrift.

313. *Pick, A.* (Prag), Zur Psychologie gewisser wiederkehrender Formeln bei Motorisch-Aphasischen. Abh. a. d. Neurol., Psych., Psychol. u. ihren Grenzgebieten. Beiheft Nr. 13 zur Mtschr. f. Psych. u. Neurol. S. 167.

314. *Pierchalla, Ludwig*, Myasthenia gravis pseudoparalytica mit Thymushyperplasie. Inaugur.-Diss. Rostock.

315. *Piltz, Jan*, Encephalitis choreiformis et lethargica. Przeglad lékarski ann. 60, nr. 2. (Polnisch.)

316. *Piotrowski, G.* (Genf), Contribution à l'étude de l'encéphalite épidémique. (Revue générale.) Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 8, H. 2, S. 235.

317. *Pirilä* (Helsingfors), Über die frühluetische Erkrankung des Zentralnervensystems. Arb. a. d. pathol. Institut der Universität Helsingfors. Neue Folge Vol. 2, S. 91.

318. *Pönitz, K.* (Halle a. S.), Rückenmarkstumor und metasyphilitische Erkrankung des Zentralnervensystems. Ein Beitrag zur Differentialdiagnose. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 70, H. 4/6.

319. *Pohlisch, Kurt*, Ergebnisse der Balkenstichoperation. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 50, H. 5, S. 251.

320. *Ponticaccia, L.* (Parma), Postumi dell'encefalite epidemica. Giornale di clin. med. ann. 2, fasc. 10.

321. *Poppelreuter, W.* (Bonn), Über die Psychologie der Hirnverletzten. Vortragsbericht (7. Psychol. Kongreß, Marburg, April 1921): Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 25, H. 9, S. 582.

322. *Popper, Erwin* (Prag), Striäre Symptome bei Grippe-Encephalitis. Neurol. Zentralbl., Ergänzungsband S. 59.

323. *Přecechtěl, A.*, Die Schwierigkeiten der postoperativen Behandlung



von otogenen Gehirn- und Kleinhirnabszessen. Revue y neuropsychopathologii, Jg. 18, Nr. 7/8. S. 145. (S. 151*.)

324. *Progulski*, *St.* und *Auguste Gröbel* (Lemberg), Über eine eigentümliche Verlaufsform der epidemischen Encephalitis bei Kindern. Münch. med. Wschr. Nr. 15, S. 451.

325. *v. Rad*, Über doppelseitige reflektorische Pupillenstarre nach Schädeltrauma. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 68/69. Max Nonne-Festschrift. (S. 148*.)

326. *Ranzi*, *Egon* (Wien), Die operative Behandlung der hirndrucksteigernden Prozesse. Wiener med. Wschr. Nr. 35 u. 36.

327. *Redalié*, *L.* (Genf), Deux cas de cysticércose cérébro-spinale avec méningite chronique endartériite oblitérante cérébrale. Revue neurolog. ann. 28, no. 3.

328. *Derselbe*, Contribution à l'étude de la encéphalite léthargique. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Vol. 9, H. 1, S. 125.

329. *Redlich*, *E.* (Wien), Über den Kornealreflex und die Beteiligung des oberen Fazialis bei der zerebralen Hemiplegie. Neurol. Zentralbl., Ergänzungsband, S. 7. (S. 148*.)

330. *Reichardt*, *Martin* (Würzburg), Vorzeitige Schädelverknöcherung, Hirnschwellung und plötzlicher Tod. Viertelj.-Schr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. S.w. Bd. 61, H. 1, S. 25. (S. 149*.)

331. *Reiche*, *F.* (Hamburg-Barmbeck), Schädeltrauma und Hirngeschwulst. Med. Klin. Nr. 15, S. 433.

332. *Reichmann*, *V.* (Jena), Die moderne Behandlung der Tabes. Ztschr. f. ärztl. Fortbldg. Jahrg. 18, Nr. 5, S. 121. (S. 146*.)

333. *Reinhold* (Hannover), Bemerkungen zu den in dem Aufsatz von Pilcz „Zur Klinik der epidemischen Encephalitis“ (Neurol. Zentralbl. 120) beschriebenen Pupillenphänomenen. Neurol. Zentralbl., Ergänzungsband S. 79. Erwiderung auf vorstehende Veröffentlichung von *A. Pilcz* (Wien), Gl. Ztschr. S. 80.

334. *Renaud*, *Maurice*, Encéphalite épidémique et syphilis. Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, vol. 36, nr. 41, p. 1637.

335. *Rezza*, *A.* (Lucca), Il metodo di Jahnel per l'impregnazione argentica delle spirochete. Rassegna di stud. psich. vol. 9, fasc. 6, p. 265.

336. *Riese*, *Walther* (Frankfurt a. M.), Über Riechhirnmangel. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 69, S. 303.

337. *Roasendra*, *G.* (Torino), Inversione del ritmo del sonno, con agitazione psicomotoria notturno (Sindrome postencefalitico). Policlinico, Sez. prat. ann. 28, fasc. 6.

338. *Rodriguez*, *Belarmino*, Sur le traitement des syndromes parkinsoniens postencéphalitiques per le cacodylate de soude. Revue neurol. ann. 28, nr. 1, p. 111.

339. *Roemheld*, *Ludwig* (Schloß Hornegg a. N.), Zur Frage der traumatischen



Pseudo-Tabes nach Kopfschuß. Neurol. Zentralbl., Ergänzungsband S. 100. (S. 148*.)

340. *Roger, Henri* et *Chaix, André*, L'urémie myoclonique; diagnostic avec l'encéphalite épidémique. Presse méd. ann. 29, no. 7.

341. *Rolleston, Humphrey*, Some sequels of congenital syphilis. Lancet, nr. 5088, p. 471.

342. *Rosenhain, Erich* (Breslau), Zur Symptomatologie und Therapie der Encephalitis epidemica. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 68, S. 214.

343. *Rotter, R.* (Chemnitz), Zur Differentialdiagnose der multiplen Sklerose. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 7, H. 1/3.

344. *Roubinovitch, J., Lanzier, J.* et *Laurent, M.*, Sur les allitérations du cycle manométrique du reflexe oculo-cardiaque dans la paralysie générale et le tabes. Encéphale, ann. 16, no. 3, p. 73.

345. *Rütimeyer, W.* (Zürich), Über postencephalitische Schlafstörungen. Schweizer med. Wschr. Nr. 1, S. 7.

346. *Sacristan, José M.* (Madrid), Einige Bemerkungen zu H. Josephys Artikel „Die feinere Histologie der Epiphyse". Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 69, S. 142.

347. *Saenger, Alfred* (Hamburg), Spirochäten bei Tabes. Demonstration. Sitzungsber. v. 22. 3. 21. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 25, H. 6, S. 331.

348. *Derselbe*, Beitrag zur Symptomatologie und chirurgischen Behandlung der Gehirntumoren. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 68/69, S. 357.

349. *Sagel, Wilhelm* (Arnsdorf i. Sachsen), Zur histologischen Analyse des Gliastrauchwerks der Kleinhirnrinde. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 71, S. 278. (S. 152*.)

350. *Salomon, Siegfried*, Über einen Fall von seniler Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 73, H. 4/5, S. 353.

351. *Sanguineti, Luigi R.*, Influenza delle varietà spirochetiche sul decorso clinico della paralisi generale progressiva. Quaderni di psich. vol. 8, fasc. 3/4, p. 41.

352. *v. Sarbó, A.* (Budapest), Versuch einer Einteilung der syphilitischen Krankheitserscheinungen auf Grundlage der histologischen Gewebsreaktionen. Zur Biologie der Spirochaeta pallida. Dtsch. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 72, H. 1-2.

353. *Derselbe*, Über die Encephalitis epidemica auf Grund der Erfahrungen der Epidemie von 1920. Orvosi hetilap Ann. 65, Nr. 34-36. (Ungarisch.)

354. *Schaffer, Karl* (Budapest), Über die intraspinale Bifurkation der Hirnwurzelfasern beim Menschen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 67, S. 215.

355. *Derselbe*, Bemerkungen zur Histopathologie der Tabes. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 67, S. 222.



356. *Derselbe*, Beiträge zur Lehre der cerebellaren Heredodegeneration. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 27, H. 1/2, S. 12.

357. *Schaller, Walter F.*, A clinical and anatomic study of a vascular lesion of both cerebellar hemispheres; with especial reference to cerebellar catalepsy nystagmus, and the anatomic connections of the inferior olive. Arch. of neurol. and psych. vol. 5, nr. 1, p. 1,

358. *Scharnke, August* (Marburg), Zur Ätiologie der progressiven Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 62, H. 3, S. 766. (S. 144*.)

359. *Derselbe*, Über die Notwendigkeit der ätiologischen Gestaltung der Paralysetheraphie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 69, S. 220. (S. 146*.)

360. *Scharnke* und *Ruete* (Marburg), Spirochäten, Serum und Liquor. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 64, S. 343. (S. 145*.)

361. *Scheele, K.* (Frankfurt a. M.), Über den Balkenstich und Suboccipitalstich. Therap. Halbmtschr. H. 17, S. 528. (S. 150*.)

362. *Schmelcher, O. H.* (Illenau), Über das Verhalten des Liquor cerebrospinalis bei der artifiziellen Remission der Paralyse. Münch. med. Wschr. Nr. 10, S. 302.

363. *Schmieden, V.* und *Scheele, K.* (Frankfurt a. M.), Der Suboccipitalstich. (Seine Stellung im Kreise der hirndruckentlastenden Eingriffe.) Med. Klin. Nr. 14, S. 401. (S. 150*.)

364. *Schmorl, G.* (Dresden), Die pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden. 10. u. 11. Anfl. Leipzig. F. C. Vogel. 459 S. 42 M.

365. *Schneider, P.* (Heidelberg), Der Übergang der Syphilis auf den Nachwuchs. Antrittsvorlesung zur Erlangung der venia legendi, Heidelberg 11. 2. 21. Med. Klin. Nr. 14, S. 420.

366. *Schob, F.* (Dresden), Weitere Beiträge zur Kenntnis der Friedreichähnlichen Krankheiten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 73, S. 188.

367. *Scholz, W.*, Fall, H., ein Beitrag zur Klinik und pathologischen Anatomie präseniler Psychosen. Vortragsbericht: Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 26, H. 2, S. 105.

368. *Schröder, P.* (Greifswald), Konkrementbildung und „kolloide“ Plasmazellen in der paralytischen Hirnrinde. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 63, S. 143. (S. 152*.)

369. *Derselbe*, Über Kolloidentartung im Gehirn. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 68, S. 136.

370. *Schröder, P.* und *Pophal, R.* (Greifswald), Encephalitis epidemica und Grippe. Med. Klin. Nr. 29, S. 863. (S. 142*.)

371. *Schultze, Ernst* (Göttingen), Über Paralysis agitans ähnliche Krankheitsbilder (Linsenkernsyndrome) durch Encephalitis epidemica. Berl. klin. Wschr. Nr. 11, S. 245.

372. *Schultze, F.* (Bonn), Über Myelitis acuta und acutissima mit besonderer

Berücksichtigung ihrer Entstehungsbedingungen. Dtsche. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 68/69. Max Nonne-Festschrift. (S. 149*.)

373. *Schuster, G.*, A note on spirochaetes in the aetiology of certain paralysis. Lancet, vol. 200, nr. 1, p. 21.

374. *Schuster, Julius* (Budapest), Beitrag zur Kenntnis der progressiven Muskelatrophie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 49, H. 6, S. 356.

375. *Derselbe*, Beitrag zur Kenntnis der multiplen Sklerose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 65, H. 1/2, S. 1, (S. 147*.)

376. *Derselbe*, Ein Fall von multipler Sclerose mit positiven Spirochätenbefund. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 73, H. 4/5, S. 433.

377. *Derselbe*, Beitrag zur Kenntnis der Lues hereditaria tarda (Type Hômen). Mtschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. 50, Heft 3, S. 152.

378. *Segerath, Ferdinand*, Über die diagnostische Bedeutung des Blutdrucks bei epileptischen und nichtepileptischen Hirnverletzten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 63, S. 245. (S. 148*.)

379. *Seyfarth*, Pathologisch-anatomische Befunde nach künstlicher Malariainfektion bei Paralytikern. Chemische Untersuchungen des Malariapigments. Vortragsbericht (Dtsche patholog. Gesellsch. April 21): Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 26, H. 3/4, S. 289.

380. *Sezary, A.*, Pathogénie de la paralysie générale et du tabès. Revue neurol. ann. 28, no. 4.

381. *Sicard* et *Paraf*, Fou-rire syncopal et baillements au cours de l'encéphalite. Bull. et mém. de la Soc. des hôp. de Paris ann. 37, no. 6, p. 232.

382. *Sieben, Hubert* (Bürstedt, Hessen), Über einen seltenen pontinen Symptomenkomplex. Med. Klin. Nr. 33, S. 996. (S. 149*.)

383. *Siebert, Harald* (Libau), Zur Klinik der übertragbaren Genickstarre. Neurol. Zentralbl., Ergänzungsband S. 27. (S. 149*.)

384. *Siebert, Kurt*, Aus ärztlichen Obergutachten und Entscheidungen des Reichsversorgungsgerichtes. Über progressive Paralyse. Ztschr. f. d. ärztl.-soziale Versorgungswesen. Jahrg. 1, H. 7, S. 258.

385. *Siegmund, H.*, Die Histologie der Encephalitis epidemica, zugleich ein Beiträg zur Lehre von der Entzündung der Hirnsubstanz. Frankf. Ztschr. f. Pathol. Bd. 25, H. 3, S. 526.

386. *Siemens, H. Werner* (Breslau), Zur Kenntnis der Salvarsan-resistenten Syphilis. Münch. med. Wschr. Nr. 44, S. 1419.

387. *Sittig, Otto* (Prag), Störungen im Verhalten gegenüber Farben bei Aphasischen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 49, H. 2, S. 63.

388. *Derselbe*, Störungen des Ziffernschreibens und Rechnens bei einem Hirnverletzten. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 49, H. 5, S. 299. (S. 148*.)

389. *Smith, H. F.*, Epidemic encephalitis (Encephalitis lethargica, Nona).



Reports of studies conducted in the United States. Public health rep. vol. 36, Nr. 6, p. 207.

390. *Smit, J.. H.* (Rooda), Syphilis und Schilddrüse. Nederl.Tijdschr. voor geneesk. vol. 65 (1), nr. 2, p. 156.

391. *Söderbergh, Gotthard*, Nos idées sur les réflexes abdominaux dans la sclérose en plaques sont-elles exactes? Acta med. scandinav. tom. 55, no. 3, p. 294.

392. *Souques*, A. (Paris), Les syndrômes du Parkinson. (Thème de la Réunion neurologique annuelle, Juin 1921, Soc. de neurol. Paris). Revue neurol. ann. 28, no. 6, p. 529.

393. *Derselbe*, Des syndrômes parkinsoniens consécutifs à l'encéphalite dite léthargique ou épidémique. Revue neurol. ann. 28, no. 2, p. 178.

394. *Spaar, R.* (Sonnenstein b. Pirna), Ein piales Lipom im Bereich des rechten hinteren Vierhügels. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 69, S. 318.

395. *Spatz, Hugo* (München), Über Vorgänge nach experimenteller Rückenmarksdurchtrennung mit besonderer Berücksichtigung der Unterschiede der Reaktionsweise des reifen und unreifen Gewebes nebst Beziehungen zur menschlichen Pathologie (Porencephalie und Syringomyelie). Mit 25 Tafeln und 2 Textabbild. Nissl u. Alzheimer, Histolog. Arbeiten, Ergänzungsband S. 49. (S. 151*.)

396. *Derselbe*, Zur Anatomie der Zentren des Streifenhügels. Münch. med. Wschr. Nr. 45, S. 1441.

397. *Derselbe*, Zur Eisenfrage. besonders der progressiven Paralyse. Vortrag. Centralbl. f. d. ges. Neurol. und Psych. Bd. 27, H. 2/3, S. 171.

398. *Speer, Ernst*, Spirochätenfund im menschlichen Zentralnervensystem. bei multipler Sklerose. Münch. med. Wschr. Nr. 14, S. 425.

399. *Spielmeyer* (München), Über Verödungsherde und Koagulationsnekrose. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 27, H. 7, S. 478.

400. *Staehelin*, R. (Basel), Zur Frage der Encephalitis lethargica und verwandter Erkrankungen. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 8, H. 1, S. 143.

401. *Stach*, Ein Fall von Akromegalie. Časopis českých lékařův Jg. 60, Nr. 26 S. 390. (Tschechisch.) (S. 150*.)

402. *Stämmler*, M. (Chemnitz), Beiträge zur Kasuistik der Syphilis des Zentralnervensystems. Dtsches Arch. f. klin. Med. Bd. 136, H. 5/6.

403. *Stanojevic, L.*, Beitrag zur Lokalisation der bilateralen Apraxie der Gesichts- und Sprechmuskulatur auf Grund eines längere Zeit hindurch beobachteten Falles. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 48, H. 6. (S. 148*.)

404. *de Stefano, Silvio*, Contributo allo studio del rapporto etiologico fra anomalie congenite e sifilide ereditaria. Pediatria, vol. 29, no. 2, p. 59.



405. *Stein, C.* Die Bedeutung der Funktionsprüfung des Gehörorganes für die Frühdiagnose der zerebellaren Arteriosklerose. Ztschr. f. klin. Med. Bd. 9, H. 1 u. 2.

406. *Stenvers, H. W.*, (Utrecht), Über die Funktion des Zerebellums. Psych. en neurol. Bl. Nr. 3 u. 4. (Holländisch).

407. *Derselbe*, Klinische Studien über die Funktionen des Kleinhirns. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. vol. 65 (1), p. 637.

408. *Stern, F.* (Göttingen), Über das „Salbengesicht" bei epidemischer Encephalitis. (Bemerkungen zu der Arbeit von *A. H. Sarbó* Ein Fall von diagnostizierter und durch die Sektion bestätigter Encephalitis der Linsenkerne. — Neurol. Zentralbl. 1920, Nr. 15.) Neurol. Zentralbl., Ergänzungsband, S. 64.

409. *Derselbe*, Atrophische Myotonie mit tetanoiden Symptomen. Sitzungsbericht v. 13. 1. 21. Ztbl. f. Neurol. u. Psych. Bd. 25, H. 4, S. 217.

410. *Stertz, G.* (München), Der extrapyramidale Symptomenkomplex und seine Bedeutung. Beiheft 11 zur Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Berlin, S. Karger. 96 S.

411. *Derselbe*, Die funktionelle Organisation des extrapyramidalen Systems und der Prädilektionstypus der Pyramidenlähmung. Dtsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 68/69. Max Nonne-Festschrift. (S. 143*.)

412. *Derselbe*, Zur Frage der Alzheimerschen Krankheit. Vortragsbericht (Deutscher Verein f. Psych. Jahresvers. Dresden, April 1921): Ztbl. f. d. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 25, H. 8, S. 515.

413. *Derselbe*, Eigenartiger Krankheitsfall des späteren Alters (Alzheimersche Krankheit?). Sitzungsbericht (Jahresvers. Bayr. Psych., München, Juli 1921): Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 26, H. 8, S. 569.

414. *Stiefler, Georg* (Wien), Über hypophysäre Fettsucht als Restzustand eines Falles von Encephalitis lethargica. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 50, H. 2, S. 123.

415. *Derselbe*, Die Seborrhoea faciei als ein Symptom der Encephalitis lethargica. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 73, H. 4/5, S. 455.

416. *Stransky*, E. (Wien), Encephalitischer Pseudotumor. Dtsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 68/69. Max Nonne-Festschrift.

417. *Stuchlík, Jar.*, Athetosis posthemiplegica. Casopis českých lékařův. Jg. 60, Nr. 14, S. 187. (Tschechisch). (S. 143*.)

418. *Derselbe*, Ein Fall von postenzephalitischer Hemiathetosis. Časopis českých lékařuv, Jg. 60, Nr. 29, S. 439. (Tschechisch.) (S. 144*.)

419. *Taddei, Giovanni* (Firenze), Le forme di passegio fra l'atassia ereditaria di Friedreich ed eredo-atassia cerebellare di Marie. Rivista crit. di clin. med. ann. 22, fasc. 15.

420. *Tandler* und *Ranzi* (Wien), Chirurgische Anatomie und Operationslehre des Zentralnervensystems. Berlin 1920, Jul. Springer. 50 M.



421. *Teyschl*, Progressive Paralyse beim Kinde. Časopis českých lékařův, Nr. 25. (S. 147*.)

422. *Derselbe*, Kongenitale luetische Erkrankungen des kindlichen Zentralnervensystems. Česká Dermatologia, Jg. 2, Nr. 8, S. 177. (S. 147*.)

423. *Thalheimer*, *William*, Epidemic (lethargic) encephalitis. Cultural and experimental studies. (Preliminary communication.) Arch. of neurol. and psych. vol. 5, Nr. 2, S. 113.

424. *Thom*, *Burton Peter*, (New York), Tertiary syphilis psychoses other than paresis. American journ. of insanity, vol. 77, Nr. 4, p. 503.

425. *Derselbe*, Syphilis and degeneration. Journ. of nerv. and mental. dis. vol. 53, nr. 1, p. 8. (S. 146*.)

426. *Derselbe*, Strain in spirochaetes. The American journ. of syphilis, vol. 5, Nr. 1, S. 2. (S. 145*.)

427. *Thomas*, *Erwin* (Köln), Über statischen Infantilismus bei zerebraler Diplegie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 73, H. 4,5, S. 475.

428. *Tiling*, *Erich*, Zur Kasuistik der Encephalomyelitis disseminata. Dtsche med. Wschr. Nr. 4, S. 100.

429. *Tomášek*, Encephalitis lethargica. Casopis českých lékařův, Jg. 60, Nr. 31, S. 472. (Tschechisch). (S. 144*.)

430. *Tramer*, *M.* (Zürich), Über einen Fall von Taboparalyse. Schweizer med. Wschr. Nr. 41, S. 948.

431. *Trapl*, J., Encephalitis lethargica während der Schwangerschaft, der Geburt und im Wochenbett. Časopis českých lékařův, Jg. 60, Nr. 22, S. 310. (Tschechisch.) (S. 143*.)

432. *Trautmann*, *Gottfried* (München), Über Vestibularschlag. Ein Beitrag zur Kenntnis der plötzlichen Anfälle von Schwindel und Bewußtseinsstörungen. Münch. med. Wschr. Nr. 35, S. 1106. (S. 150*.)

433. *Treupel* u. *Stoffel*, *K.* (Frankfurt a. M.), Über chronische Grippe. Münch. med. Wschr, Nr. 25, S. 763.

434. *Trömner*, *E.* (Hamburg), Erinnerungen an die traumatische Hirnschwäche (Encephalopathia traumatica). Dtsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 68/69. Max Nonne-Festschrift.

435. *Derselbe* (Hamburg), Gehstottern und Rindenkrampf. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 72, S. 155. (S. 150*.)

436. *van Trotsenburg*, *J. B.* (Grave), Over de oorzaak van tabes dorsalis, dementia paralytica en dementia praecox. Niederl. tijdschr. voor geneesk. Jaarg. 65, Nr. 5. (S. 147*.)

437. *Urechia*, *C. L.* und *Mihalesku*, S. (Cluj, Rumänien), Ein Fall von Friedreichscher Krankheit syphilitischer Natur. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 71, S. 207.

438. *Urechia*, *C. J.* und *Rusdea* (Cluj), La forme schizophrénoide de la syphilis du cerveau et de la paralysie générale. Encéphale, ann. 16, no. 10.

439. *Uyematsu*, *Schichi*, A study of some peculiar changes found in the oxons



and dendrites of the Purkinje cells. Arch. of Neurol. and psych. vol. 5, p. 231.

440. *Vanysek*, *R.*, Parkinsonartige Form der Encephalitis lethargica. Časopis českých lékařův, Jg. 60, no. 12, S. 155. (S. 143*.)

441. *Veldhuyzen*, *W. F.*, Die soziale Bilanz der Geschlechtskrankheiten. Sexuelle Hygiene, Lief. 1, p. 1, S. 11.

442. *Verain*, *M.* et *Vernet*, *P.*, Dosage du glycose dans le liquide céphalo-rachidien des malades atteints de paralysie générale progressive Revue méd. de l'Est, vol. 49, Nr. 3, p. 81.

443. *Villinger*, *Werner* (Tübingen), Die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Lumbalpunktion für die Psychiatrie. Lehrvortrag, Jahresvers. der württemberg. Nerven- u. Irrenärzte, Tübingen, März 1921. Eigenbericht: Ztlbl. f. d. ges. Neurol u. Psych., Bd. 25, H. 6, S. 308. (S. 141*.)

443a. *Derselbe*, Konstitutionelle Disposition zur Encephalitis epidemica. Münch. med. Wschr. Nr. 29, S. 913.

444. *Vítek*, *V.*, Über den Einfluß der Joachimsthaler Radiumbäder auf einige Systemerkrankungen des Rückenmarkes. Praktický lékař. Jg. 1, Nr. 4, S. 51. (Tschechisch.) (S. 151*.)

445. *Vogt*, *Cécile* u. *Oskar*, Zur Lehre der Erkrankungen des striären Systems. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Ergänzungsheft 3 (1920).

446. *Dieselben*, Die Bedeutung der topischen und pathologisch-anatomischen Erforschung des Nervensystems für die Lehre von seinen Erkrankungen. Festschrift der Kaiser-Wilhelms-Gesellschaft zur Förderung des Wissens, 1921, S. 218.

447. *Voß*, *G.* (Düsseldorf), Über die Ergebnisse von Assoziationsversuchen an Hirnverletzten. Vortragsbericht (Vers. Deutscher Naturforscher u. Ärzte, Sept. 1920); Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., R. u. E. Bd. 23, H. 3, S. 125.

448. *Derselbe*, Über die Spätepilepsie der Kopfschußverletzten. Münch. med. Wschr. Nr. 12, S. 358. (S. 148*.)

449. *Derselbe*, Die Salvarsanbehandlung der multiplen Sklerose. Vortragsber. (Vers. Deutscher Nervenärzte Braunschweig Sept. 1921): Ztlbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 26, H. 6/7, S. 501.

450. *Wagner-Jauregg* (Wien), Die Behandlung der progressiven Paralyse und Tabes. Wien. klin. Wschr. Nr. 15. (S. 146*.)

451. *Derselbe*, Die Behandlung der progressiven Paralyse und Tabes. Wien. med. Wschr. Nr. 25. (S. 146*.)

452. *Wallgren*, *Arvid* (Upsala), Zur Differentialdiagnose zwischen beginnender Poliomyelitis acuta und akuten Meningitiden. Neurol. Ztlbl., Ergänzungsband, S. 22.

453. *Walter*, *F. K.* (Rostock-Gehlsheim), Untersuchungen über die amöboide Glia und Clasmatodendrose. Ztschr. f. d. g. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 66, S. 232. (S. 152*.)



454. *Warwick, Margaret* (Minneapolis, Mich.), The effect of antisyphilitic treatment on the colloidal gold reaction. Arch. of internat. med. vol. 27, nr. 2, p. 238.

455. v. *Wassermann, A.* (Dahlem), Neue experimentelle Forschungen über Syphilis. Berl. klin. Wschr. Nr. 9, S. 139.

456. *Weber, K.*, Ein seltener Fall von Syringomyelie; Syringobulbie. Časopis českých lékařův, Jg. 60, Nr. 28, S. 423. (Tschechisch.) (S. 150*.)

457. *Weichbrodt, R.* (Frankfurt a. M.), Experimentelle Untersuchungen zur Salvarsantherapie der Paralyse. Dtsche med. Wschr. Nr. 3, S. 69. (S. 146*.)

458. *Derselbe*, Studien bei der Rekurrensinfektion zwecks Beeinflussung von Psychosen. Ztschr. f. Immunitätsforschung u. exper. Therap. Orig. Bd. 33, Nr. 3.

459. *Weicksel, Joh.* (Leipzig), Über die Lymphozytose. Münch. med. Wschr. Nr. 51, S. 1634. (S. 150*.)

460. *Weigeldt, Walter* (Leipzig), Über frühluetische Erkrankungen des Zentralnervensystems. Dtsche med. Wschr. Nr. 35, S. 1018. (S. 145*.)

461. *Derselbe*, Die Behandlung der Tabes und Gehirnlues mit Dijodyl. Dtsche med. Wschr. Nr. 1. (S. 146*.)

462. *Weimann, W.* (Berlin), Über einen eigenartigen Verkalkungsprozeß im Gehirn. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 50, H. 4, S. 202.

463. *Derselbe*, Über einen unter dem Bilde der Landryschen Paralyse verlaufenden Fall von Encephalitis epidemica. Mtschr. f. Neurol u. Psych., Bd. 50, H. 6, S. 357.

464. *v. Weizsäcker, V.* (Hambhrg), Ein ungewöhnlicher perakut verlaufender Fall von multipler Sklerose mit anatomischem Befund. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 49, H. 4, S. 221.

465. *Westphal, A.* (Bonn), Über seltene motorische Erscheinungen bei multipler Sklerose nebst Bemerkungen zur Differentialdiagnose gegenüber der Encephalitis epidemica. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 68/69 Max Nonne-Festschrift. (S. 141*, 147*.)

466. *Derselbe*, Über Pupillenphänome bei Encephalitis epidemica, nebst Bemerkungen über die Entstehung der „wechselnden absoluten" Pupillenstarre. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 68, S. 226. (S. 141*.)

467. *Westphal, A.* u. *Sioli, F.* (Bonn), Weitere Mitteilungen über den durch eigenartige Einschlüsse in den Ganglienzellen (Corpora amylacea) ausgezeichneten Fall von Myoklonusepilepsie. (Vgl. gl. Ztschr. Bd. 60, H. 2 u. 3). Arch. f. Psych. Bd. 63., S. 1. (S. 152*.)

468. *Weygandt, Wilh.* (Hamburg), Behandlung der Paralyse mit Impfung durch Malaria oder Rekurrens. Sitzungber. v. 5. 4. 21. Med. Klin. Nr. 39, S. 1189.

469. *Weygandt* u. *Kirschbaum* (Hamburg), Mitteilungen über Paralysebehandlung. Vortragsber. (D. V. f. Psych., Jahresvers. Dresden,



April 1921); Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 25, H. 8, S. 511. (S. 146*.)

470. *Wexberg, Erwin* (Wien), Über Kau- und Schluckbeschwerden bei Encephalitis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 71, S. 210.

471. *Derselbe*, Beiträge zur Klinik und Anatomie der Hirntumoren. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 71, S. 76.

472. *Wilhelm, Fritz* (Danzig), Beitrag zur Striatumerkrankung bei Encephalitis epidemica. Berl. klin. Wschr. nr. 46, S. 1353.

473. *Wimmer, August* (Kopenhagen), Fortgesetzte Studien über extrapyramidale Symptome: Pseudosklerose ohne Leberleiden. Hospitalstidende, Ann. 64, Nr. 36.

474. *Winkelmann, N. W.* and *Weisenburg, T. H.*, A case of myoclonic lethargic encephalitis with unusual pathologic manifestations. Arch. of neurol. and psych. vol. 5, Nr. 2, p. 224.

475. *Wittgenstein, Annaliese* u. *Kronen, Karl* (Berlin), Späteunuchoidismus auf syphilitischer Basis. Berl. klin. Wschr. Nr. 40, S. 1185.

476. *Wohlwill, Friedr.* (Hamburg), Zum Kapitel der pathologisch-anatomischen Veränderungen des Gehirns und Rückenmarks bei perniziöser Anämie und verwandten Affektionon. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 68/69. Max Nonne-Festschrift. (S. 152*.)

477. *Derselbe*, Zur Frage der sogenannten Encephalitis congenita (Virchow). I. Über normale und pathologische Fettkörnchenzellbefunde bei Neugeborenen und Säuglingen. II. Über schwere zerebrale Destruktionsprozesse bei Neugeborenen und kleinen Kindern. (Kortikale und medulläre Encephalomalacien und Sklerosen). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig. Bd. 68, S. 384 und Bd. 73, H. 4/5, S. 360.

478. *Wolpert, J.* (Berlin), Ein Fall von Hypophysengangzyste. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 50, H. 6, S. 313.

479. *Ziehen, Theodor*, Anatomie des Nervensystems. II. Abt., Mikroskopische Anatomie des Gehirnes, 2. Teil (S. 339—606). Lieferung 30 des „Handbuches der Anatomie der Menschen“, herausgegeben von *K. v. Bardeleben*, fortgesetzt von *H. v. Eggeling*. Jena, G. Fischer. 25 M.

480. *Zuccola, P. T.*, A proposito di una nuova forma di encefalite. Policlinico, Sez. prat. ann. 28, fasc. 4.

481. *Zweig, Hans* (Wien), Studien zur vergleichenden Anatomie des zentralen Höhlengraus bei den Wirbeltieren. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 41, H. 1, S. 18.

Das größte Interesse hat auch in diesem Jahre die Enzephalitis epidemica in Anspruch genommen. Bezüglich der Ursache der Erkrankung äußern sich die meisten Autoren recht vorsichtig: *Bonhoeffer* (34), der in einem Teil seiner Fälle den *Wiesner*schen Streptokokkus pleormorphus in den Schnitten fast in Reinkultur fand, der auch die anatomischen Unterschiede gegenüber den früheren Grippeenzephalitiden zugibt, nimmt doch Beziehungen irgendwelcher Art zur Grippe an.



Ebenso halten *Kayser-Petersen* (199) und *Bostroem* (36) einen Zusammenhang mit der Grippe für sehr wahrscheinlich. Ähnliches nimmt *Villinger* (443) an, der daneben noch eine konstitutionelle Disposition, die sich klinisch „in den Erscheinungen des Lymphatismus und einer Übererregbarkeit des vegetativen Nervensystems sowie in mehr oder minder ausgeprägten psychopatischen Zügen" äußere, verlangt. Dagegen halten *Grage* (127) und *E. Adler* (4) eine körperliche oder psychische Disposition für bedeutungslos. *Economo* (82) berichtet über Impfversuche amerikanischer Autoren, die mit Sekret aus dem Nasenrachenraum frischer Enzephalitisfälle Affen mit Erfolg impfen konnten, und sucht damit reine Ansicht, daß der Nasenrachenraum die Eingangspforte für das Virus sei, zu stützen. Daß die Enzephalitis keine nosologische Einheit ist, zeigen zwei Fälle von otogener Enzephalitis, die *Borries* (35) publiziert. Beide waren anfangs von Abszessen klinisch nicht sicher zu trennen, gingen aber in Heilung aus.

Neben den bekannten und immer wiederkehrenden Syptomen treten neuerdings auch öfters psychische Veränderungen in den Vordergrund. So sah *Lachmund* (214) zwei Fälle, die zuerst der progressiven Paralyse zugezählt wurden, die aber serologisch negativ waren und in wenigen Wochen spontan heilten. Bei einem der beiden Kranken waren Wahnvorstellungen vorhanden, bei beiden Sinnestäuschungen und Desorientierung. Umgekehrt ließ ein im proximalen Teile der Brückenhaube infiltrativ wachsendes Gliom an Enzephalitis epidemica denken (215). *Grütter* (133) sah ein der Dementia praecox ähnliches Bild, ferner einen zweiten Kranken mit Beziehungsideen und ausgesprochenem Wechsel des psychischen Zustandbildes. *Bostroem* (36) erlebte mehrmals deliriöse Zustände, zwei Fälle mif schweren Allgemeinkrämpfen und Polyneuritiden. *Dimitz* und *Schilder* (71) beobachteten von psychischen Symptomen am häufigsten Delirien, oft mit dem Charakter des Beschäftigungsdelirs; häufig beschränkten sich die deliriösen Erlebnisse auf die Nacht. Die Dauer solcher Erlebnisse schwankte zwischen Tagen und Wochen. Ihnen folgte in der Regel ein Zustand der Apathie, der manchmal an Dementia praecox erinnerte. Auch eine Reihe von amenten Zustandsbildern konnten sie beobachten. Auch *E. Adler* (4) beschreibt neben je einem Fall mit isolierten Krämpfen der linken Halsmuskulatur und mit einer Monoplegia bracchialis einen dritten Fall mit ausgesprochen katatonen Zügen und choreiformen Bewegungsstörungen, und *Bychowski* (48) meint, alle Kranke hätten eine mehr oder minder ausgesprochene psychische Veränderung erlitten. *Mingazzini* (275), der unter anderen 6 Kranke mit Parkinson-ähnlichen Symptomen beobachtete, unterscheidet ein Anfangsstadium von der hyperkinetischen und lethargischen Phase. *Westphal* (466) beschreibt bei mehreren Kranken sehr interessante wechselnde Pupillenbefunde, die er in der Hauptsache auf psychische Bedingungen, namentlich auf Furcht zurückführt. In einem anderen Falle (465) fand er temporale Abblassung der Pupillen.

Der Verlauf und die Folgezustände nach Enzephalitis — beides läßt sich nicht scharf auseinander halten — nehmen jetzt naturgemäß einen breiteren Raum ein als früher. Von *W. Mayer* (264) wurde noch viele Monate nach dem Ausbruch der Erkrankung Schlaflosigkeit, die allen therapeutischen Versuchen trotzte, beobachtet. *Krambach* (210) sah einen Zustand ähnlich der Paralysis agitans seine

agitatione und Atemstörungen, verbunden mit Mitbewegungen des *M.* frontalis, Beklemmungsgefühlen und Rüsselreflex, sowie hochgradigen Mangel an Initiative ein Jahr nach einer schweren Grippe mit Schlafsucht; in einem zweiten Falle beobachtete er sogar zwei Jahre nach der akuten Erkrankung Bewegungsstörungen, die der Chorea und der Dystonie ähnelten. *Hess* (158) konnten 17 Fälle 6—18 Monate nach dem akuten Stadium nachuntersuchen. In allen bestanden meist ziemlich erhebliche Beschwerden; die regelmäßig wiederkehrenden Symptome waren namentlich psychische Veränderungen, amoystatische Bilder, Augenstörungen, darunter dreimal wechselnde Anisokorie, erhöhter Lumbaldruck. Auch *Grage* (127) sah ziemlich viele Spätfälle, die sich durch Bewegungsarmut ausgezeichneten und der Paralysis agitans sine agitatione ähnelten. *M. Kirschbaum* (204) erwähnt Charakterveränderungen nach Art der asozialen Psychopathen; einmal trat auch ein hypomanisches Zustandsbild auf. *Grünwald* (132) beobachtete einen Fall von hypophysärer Fettsucht im Anschluß an Enzephalitis.

Eine Folge dieser und anderer Beobachtungen ist, daß die Prognose in der Regel ernster beurteilt wird als zu Beginn der Epidemie, so von *Hess* (158), der freilich vorwiegend schwere Fälle sah, von *Genzel* (120), der bei 4 odor 5 Fällen mit striärem Syndrom Bestehenbleiben bzw. allmähliches Fortschreiten des letzteren fand, von *Bychowski* (48), der meint, eine tadellose restitutio ad integrum gehöre bis heute noch zu den Seltenheiten, von *Grage* (127), dem von 10 Spätfällen zwei starben während die übrigen ungeheilt entlassen wurden und von *E. Adler* (4) der Rezidive wegen.

Die therapeutischen Bestrebungen sind ziemlich aussichtslos geblieben. *Genzel* (120) erreichte mit Skopolamin eine Besserung der subjektiven Beschwerden und der Bewegungsstörungen; *v. Economo* (82) sah günstige Wirkung von Urotropin (4,0—8,0 auf einmal intravenös in dreitägigen Intervallen, 4—5 Injektionen, dann intern weiter) und von der *Pregl*schen Jodlösung (intravenös in steigenden Dosen von je 10—100 ccm. bis zu einer Gesamtmenge von 600—800 ccm.).

Auch bezüglich der Anatomie sind die Ansichten der Autoren geteilt. Während *Bostroem* (36) die Ansicht vertritt, eine strenge anatomische Trennung zwischen Enzephalitis letharg. und Influenza - Enzephalitis lasse sich nicht durchführen, gelangen *Schröder* und *Pophal* (370) zu einer anderen Ansicht. Sie stellten 12 Fälle von Grippe-Enzephalitis aus der Pandemie 1889/90 zusammen und fanden als für sie charakteristisch: „einesteils purulente Meningitiden und Abscesse des Gehirns, andernteils große, isolierte oder multiple Blutungen oder haemorrhagische Erweichungen verschiedenen Aussehens, letztere besonders häufig im Zusammenhang mit Sinusthrombose"; dagegen bei der Enzephalitis epid. „kleine multiple, erst mikroskopisch erkennbare Wucherungen sowohl der Glia als auch des mesodermalen Gewebes, mit dem besonderen Kennzeichen der Zellanhäufung in den Lymphscheiden der Gefäße". Beide Befunde seien so verschieden, daß es schwer verständlich erscheine, sie miteinander in Beziehung zu bringen oder gar zu identifizieren. *Grütter* (133) sah in vier Fällen mäßige entzündliche Veränderungen an den Meningen; ferner über das ganze Gehirn gleichmäßig ausgebreitete fettig-pigmentöse Entartung von Ganglienzellen.



Durch die zahlreichen Enzephalitiserkrankungen wurde das Interesse auch wieder auf die Frage gelenkt, ob der Schlaf irgendwie im Gehirn lokalisiert sei. Sowohl *Bychowski* (48) wie *E. Meyer* (272) sprechen sich gegen die Annahme eines solchen Schlafzentrums aus. Der letztere sieht den Unterschied des lethargischen Zustandes gegenüber dem normalen Schlafe in dem Mangel an Spontaneität und Affekt, durch den jener gekennzeichnet sei.

Mann (247) betrachtet die striäre Bewegungsstörung als Abart der Ataxie Den Rigor erklärt er „als ein Ausbleiben resp. ungenügendes Eintreten der zweckmäßigen ällmählichen Denervation der Antagonisten, ebenso die Verlangsamung der Kontraktion bei tetanisierenden elektrischen Reizen". Auch die Verlangsamung der aktiven Bewegungen führt er auf mangelhafte Entspannung der Antagonisten zurück.

Eng an dieses Kapitel scließt sich die ausgezeichnete Arbeit von *Foerster* (99) an, die sich für ein kurzes Referat jedoch nicht eignet; jeder, der sich mit striären Bewegungsstörungen befaßt, muß diese Arbeit kennen. Ebenso sind die theoretischen Erörterungen, die *Stertz* (411) der funktionellen Organisation des extrapyramidalen Systems und der Rückbildung der Pyramidenlähmung widmet, einem kurzen Referat nicht zugänglich.

Janeček (179). Autor beobachtete mehrere Fälle, in welchen der Beginn der Erkrankung durch Nausea oder Vomitus und Kopfschmerzen charakterisiert wurde. Das Erbrechen dauerte bis 20 Tage, unabähngig von der Nahrungsaufnahme. Bei allen Fällen beobachtete Verfasser ein, dem *Babinski*schen ähnliches Symptom; wenn man die im Kniegelenk extendierte Extremität im Hüftgelenk beugte, machte der Daumen eine Aufwärtsbewegung. Subjektiv klagten alle Patienten an Hitzgefühl, trotzdem die Körpertemperatur nicht 37,5 überstieg. — Medikamentös hat sich dem Verfasser Kalium jodatum mit Urotropin bewährt. Die Fälle mit Nausea und Vomitus sind als schwer aufzufassen. —

Vanýsek (440). Demonstration von 2 Patienten, 18 und 20 jährig, bei welchen sich etwa ein Jahr nach der durchgemachten Enzephalitis ein syptomatologisch vollständig dem Parkinson ähnliches Krankheitsbild entwickelt hat. In einem Falle Exitus; makroskopisch-anatomischer Befund negativ.

Trapl (431). Diesbezügliche Kasuistik. — Autor beschäftigt sich mit der Differentialdiagnose gegen Eklampsie, Schläfrigkeit, gegen Bewußtlosigkeit, Vorhandensein von Augensymptomen, das Fehlen des Pupillarreflexes bei der Eplampsie, dem Einfluß der Krankheit auf die Schwangerschaft, oft beobachtete vorzeitige Geburt und auf die Geburt schweren Verlaufs konstatierte er auch einigemal, auch die weitgehende Ermattung bis zur Kachexie will Verfasser auf Konto der Enzephalitis schreiben. — Die Schwangerschaftsunterbrechung ist kontraindiziert. —

Stuchlik (417). Demonstration eines Falles von obengenannter Krankheit bei 28 jährigem Schwachsinnigen. Die Hemiplegie trat im Verlaufe der postscarlatinösen Nephritis vor 22 Jahren auf. Ein psychischer Schock in letzter Zeit verschlimmerte den weitgehend gebesserten Zustand und ließ gerade die athetotische



Störung markanter hervortreten. — Symptomatologisch representierte der Zustand ein Grenzbild zwischen Athetosis und Spasmus mobilis. —

Stuchlik (418). Ein 24 jähriger Mann, der im März 1920 an typische enzephalitische Influenza erkrankte, einige Wochen darauf halbseitige Körperschwäche in Hemiplegie auslaufend zeigte, langsame Restitution und Wiederkehr der Motilität durchmachte und gegenwärtig die Symptome der Hemiathetosis aufwies. — Die Abhängigkeit von Enzephalitis ist in dem Falle evident. Der enzephalitische Herd sitzt in der Capsula interna und greift den Thalamus mit ein. —

Kohn (209). U. A. referiert Verfasser über einen Fall von postenzephalitischem Stupor. Die motorische Hypofunktion war das vorwiegende Symptom des Nachzustandes. Autor macht aufmerksam auf die soziale Bedeutung der postenzephalitischen Demenz. —

Janeček (178). Eine kurze Theraphie betreffende Mitteilung. Die Hydro- und Elektrotheraphie hat sich dem Verf. nicht bewährt, umgekehrt brachte nur Verschlimmerung des Zustandes. Trockene Einpackung (namentlich bei Kindern) hatte gute Resultate. Medikamentös haben sich bewährt Calciumpräparate. Verfasser wandte mit gutem Erfolge an; Calcii chlorati sicci puriss. g. 30,— Acidi muriatici g 4,— Sirupi simpl. g 100,— und Aqua dest. g. 300,—, löffelweise in Milch, manchmal wochen- und monatelang. Gegebenenfalls noch mit Zugabe von Ammon. bromatum 2—6 gr. —

Tomášek (429). Histolog. Präparate vom Gehirn einer an Enzephalitis gestorbene Graviden. Makroskopisch zahlreiche Hämorrhagien in der Rinde und anliegenden Gegenden, hauptsächlich im rechten Temporallappen, Mikroskopisch Hämorrhagien und Ödem der Gehirnmasse, perivaskuläre Infiltrate der Rinden und Gangliengefäße; auffallend sind große mononukleare Zellen von Lymphozytentypus. (Die tsechischen Arbeiten sind referiert von ***Stuchlik-Kosice.***)

Das zweite große Gebiet, daß immer wieder das Interesse der Forscher und Kliniker in Anspruch nimmt, ist das der luetischen bzw. metaluetischen Erkrankungen. *Baumgart* (16) untersuchte 130 Fälle ven juveniler Tabes aus der Literatur hinsichtlich der hereditären und konstitutionellen Momente: er konnte direkte Heredität in 37,7% der Fälle nachweisen. Bei alleiniger Berücksichtigung der Fälle mit genauer Anamnese — 96 — war der Prozentsatz sogar über 50. Sehr oft fand sich auch eine konstitutionelle Minderwertigkeit in der Persistenz infantiler Verhältnisse. Das deutet darauf hin, daß diese Momente in der Pathogenese der Tabes neben der Lues eine große Rolle spielen. *Meggendorfer* (266) kommt zu dem Ergebnis, daß die familiäre Disposition zur Paralyse wohl auf dem Gebiete der körperlichen Abwehrvorrichtungen gegen die Infektion liege. Eine ererbte Paralysedisposition. eine angeborene Paralysefähigkeit hält auch *Scharnke* (358) neben der Lues für notwendig. Nach *Meggendorfer* (267) ist die Zeit zwischen der Infektion und dem Ausbruch der Paralyse durchschnittlich um so länger, je jünger das Individium zur Zeit der Infektion war. Unter Berücksichtigung dieser Tatsache scheint die Therapie keinen Einfluß auf den früheren oder späteren Ausbruch einer Metalues zu haben; ebenso ist der Einfluß anderer exogener Momente zweifelhaft. *Hauptmann* (146) lehnt die Existenz einer Lues nervosa im früheren Sinne ab; die Spirochäten der



Metalues gelangen im zweiten Stadium ebenso ins Zentralnervensystem wie in den anderen Körper. Mangelhafte Reaktionsfähigkeit der Haut, die das spezifische Abwehrorgan ist, bedingt eine häufigere Erkrankung des Zentralnervensystems, die wiederum auf die Spirochäten selbst (lokal), als auch auf ihre toxischen Abbauprodukte zurückgeführt werden kann. Den Beginn der Metalues verlegt er ins zweite Stadium. Aus dem lokalen Prozeß einerseits, den toxischen Vorgängen andererseits suchte er die verschiedenen Verlaufsformen der Metalues zu erklären. Ebenso lehnt *Thom* (426) die Hypothese, nach der verschiedene Spirochätenrassen die verschiedenen Formen der Lues bzw. Metalues bedingen sollen, ab; die Art der Erkrankung hänge vielmehr von der Stärke der Gewebsaktion auf die eingedrungenen Spirochäten ab. *Lesser* (225) hält die Entwicklung der Tabes und der Paralyse aus einer Frühmeningitis nicht für erwiesen; er vertritt und begründet vielmehr die Anschauung, daß „jederzeit Spirochäten durch den Blutstrom in das Zentralnervensystem verschleppt werden können". *Weigeldt* (460) weist kurz auf die Häufigkeit der frühluetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems hin, und *Mendel* und *Eicke* (269) beschreiben einen Fall, in dem ein 40 jähriger Mann vier Wochen nach dem Auftreten des Primäraffekts mit dissoziierter Empfindungslähmung, dissoziierter Potenzstörung, Fehlen der Hodenreflexe erkrankte. Sie neigen zur Annahme eines, vielleicht durch die Salvarsanbehandlung provozierten entzündlichen syphilitischen Herdes im Rückenmark.

Hoche (161) führt die paralytischen Symptome auf den Untergang von Zellen und Fasern einerseits, auf toxische Beimengungen im Hirnkreislauf andererseits zurück; der erstere bildet die Grundlage für die Achsensymptome (die fortschreitende Zerstörung der Psyche), die letzteren verursachen die „Randerscheinungen" (Stimmungsanomalien, Wahnbildungen usw.). Zur Unterscheidung beider Symptomgebiete muß die Betrachtung der Remissionen und der sogenannten Pseudoparalysen herangezogen werden. *Häfner* (136) beschreibt 14 Fälle von Paralyse mit katatonen Symptomen. Hyperkinetische Erscheinungen pflegen die Endzustände zu bevorzugen, während akinetische und negativistische zum Teil schon sehr früh und in allen Stadien auftreten. Er tritt der Ansicht von *Jakob* entgegen, der meint, daß katatone Symptome sich bei „langsamer und geringgradiger Entwicklung" des paralytischen Entzündungs- und Degenerationsvorganges finden. Nach *Herschmann* (154) zeigt die Paralyse im Senium in ihrer einfach dementen Form auffallend rasche Verblödung und schwere Merkfähigkeitsstörungen. Häufig sind paranoide Formen und deren Ähnlichkeit mit dem senilen Eifersuchts- und Beinträchtigungswahn. Dazu treten öfter gewöhnlich nachts halluzinatorische Verwirrtheitszustände, oft vom Charakter der Beschäftigungsdelirien. Bei allen Formen der senilen Paralyse war die Orientierungsfähigkeit schon frühzeitig gestört. *Fleck* (96) sah isolierte reflektorische Pupillenstarre als einziges Symptom einer Lues congenita.

Bruck (41) gibt ein kurze Darstellung der Entwickelung der Syphilisserodiagnose und betont der Darstellung *Wassermanns* gegenüber *A. Neißers* und seinen eigenen Anteil an der Entdeckung der Wa. Reaktion. *Fehsenfeld* (86) empfiehlt die Lumbalpunktion zu diagnostischen Zwecken.

Nach *Scharnke* und *Ruete* (360) haben das Serum und der Liquor von gesunden



und kranken Menschen einen schädigenden Einfluß auf die Beweglichkeit der Spirochäten, sehr wahrscheinlich immobilisieren syphilitische und namentlich paralytische Seren und Liquoren mit besonderer Geschwindigkeit. Aus diesem Grunde sieht *Scharnke* (359), der aus theoretischen Erwägungen nicht an einen Erfolg der bisherigen Behandlungsmethoden der Paralyse glaubt, in der aktiven Immunisierung des Zerebrum nach Art der Lyssa den Weg, der Aussicht auf Erfolg bietet. Seine Versuche in dieser Richtung sind noch ganz in den Anfängen.

Weigeldt (461) bezeichnet das Dijodyl als ein sehr brauchbares Jodpräparat; es wirke in Dosen von 1,5—1,8 pro die wie 4—5 g Jodkali, sei aber bekömmlicher als das letztere. Bei Tabes und Lues cerebri erzielte er damit in 6 Fällen stationären Verlauf. *Reichmanns* (332) kurze Übersicht über die Behandlungsmethoden der Tabes bringt nichts Neues. *Hammerstein* (138) berichtet über ihre Erfahungen mit Quecksilber, Salvarsan, Jod und Alt-Tuberkulin bei den luetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Bei Paralyse sah sie keine Erfolge, bei Tabes wirkten intravenöse Jodinjektionen und intralumbale Salvarsaninjektionen besonders gut, am besten war Lues cerebrospinalis beeinflußbar und zwar intravenös in der Regel ebensogut wie intralumbal. *Weichbrodt* (457) schließt aus chemischen Untersuchungen, die ergaben, daß bei intravenöser Darreichung von Salvarsan erhebliche Mengen Arsen in den Liquor übergehen, daß die intralumbale Einverleibung der Salversanpräparate keine Vorteile bieten dürfte. *Lesser* (226 und 227) behauptet, gestützt auf klinische, statistische und experimentelle Erfahrungen, Quecksilber wirke spezifisch „nicht auf die Spirochäten, sondern auf die syphilitischen Produkte". Alle kausalen Heilungen während der 400 jährigen Quecksilberära seien als Selbstheilungen zu betrachten. *Fuchs* (111) schlägt zur Fieberbehandlung der Paralyse das Thermin (alicyklisches β-Tetrahydronaphthylamin) vor, das stark temperaturerhöhend wirken soll (bis zu 4,5 Grad). *Weygandt* und *Kirschbaum* (469) berichten über 51 mit Malaria und Rekurrens behandelte Paralytiker, von denen 31, also über 60% eine gute Remission bekamen. Nach Abzug der wahrscheinlich auch ohne Behandlung aufgetretenen Spontanremissionen bleiben noch 30 bis 40%, die wahrscheinlich allein der Infektionsbehandlung zu verdanken sind. Auch *Wagner-Jauregg* (450 und 451) sah die günstigsten Resultate bei der Malariabehandlung der Paralyse. Nach *Bruck* (42) scheint es — der Verlauf der Lues bei Salvarsananexanthemen macht das wahrscheinlich —, daß starke Hautreaktionen einen therapeutischen Erfolg begünstigen.

Igershetmer (171) fand in zwei Fällen von Tabes-Paralyse mit beginnender bzw. fortgeschrittener Optikusatrophie Spirochäten an der Sehbahn und zwar in einem Falle dicht hinter dem Chiasma und im Corpus geniculatum, im zweiten Falle in Chiasmaschnitten. *Hermel* (152) untersuchte verschiedene, histologisch genauer bestimmte Gruppen von Paralysen auf Spirochäten; er konnte bei allen Fällen mit auffallend reichlicher Entwickelung miliarer Gummen, enzephalitischer Herde und unorganisierter Granulationsherde Spirochäten nachweisen. Stationäre Paralysen zeigten negativen Spirochätenbefund; ebenso in der Regel die Endarteriitis syphilitica der kleinen Hirnrindengefäße.

Thom (425) hält die Syphilis zwar nicht für die einzige, aber für die bei weitem

wichtigste Ursache der Degeneration. Er hält es auch für möglich, daß sie in der Ätiologie der Dementia praecox eine gewisse Rolle spielt.

Van Trotsenburg (436) glaubt an ähnliche Beziehungen zwischen Tuberkulose und Dementia praecox, wie sie zwischen Syphilis und Paralyse bestehen.

Teyschl (422). Die Unfertigkeit der Entwicklung und das Wachstum bedingen einige Differenzen des klinischen Bildes und der pathologischen Anatomie der kindlichen luetischen Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Die Mannigfaltigkeit und Unbestimmtheit der Symptomatologie machen die Diagnose oft unmöglich. Deshalb bei allen verwickelten Fällen ist die Wassermann-Reaktion zu machen, dieselbe ist nach Verf. für die Diagnose ausschlaggebend. Auf die Anamnese ist keine Rücksicht zu nehmen. Die Therapie ist die gewöhnliche antiluetiche nur Salvarsandosen empfiehlt Verf. nicht so große und fordert strenges Individualisieren. Die infantile Tabes und progressive Paralysis werden bezeichnet als echte luetische Erkrankungen. Mitteilung von einem Falle Enzephalitis lethargica bei kongenital luetischem Kinde, und von vier Fällen der reinen Lues cerebrospinalis infantilis. — Die Therapie ist in der Regel machtlos. —

Teyschl (421). 13 jähriges Kind, das bis zum 8. Lebensjahre gesund war, dann in kurzer Zeit drei Bewußtlosigkeitsanfälle durchgemacht hat und seit etwa zwei Jahren an häufigen derartigen Krampf- und Bewußtlosigkeitsanfällen leidet. Somatischer Befund spricht für luetische Nervenerkrankung. Serologischer Befund charakteristisch für Paralyse. — (Tschechische Referate *Stuchlik*-Košiče.)

Kalberlah (196), der von zwei relativ frischen Fällen von multipler Sklerose Blut und Liquor auf Kaninchen überimpfte, konnte bei dem einen Kaninchen noch zu Lebzeiten des Tieres Spirochäten im Blute feststellen, im anderen Falle fand er zahlreiche einwandfreie Spirochäten in den Blutgefäßen und in der Leber des Kaninchens. Nach *Hauptmann* (148) fehlt zu einem vollgültigen Beweise, daß eine Spirochäte Erreger der multiplen Sklerose sei, noch manches; doch sprechen manche Befunde dafür, so daß ein Weiterforschen in der eingeschlagenen Richtung aussichtsvoll erscheint. *Schuster* (375) berichtet über einen Fall, der s. E. auf eine wahrscheinlich nahe Verwandtschaft zwischen multipler Sklerose und Paralyse hinweist. *Mönkemöller* (282) sucht auf statistischen Wege die Beziehungen zwischen multipler Sklerose und Unfall zu erklären. Unter 17 Heeresfällen und 6 Zivilfällen, einer bei dem durchgesehenen Material außerordentlich geringen Zahl, waren nur ganz wenige, bei denen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit der Unfall bzw. der Krieg für den Ausbruch des Leidens verantwortlich gemacht werden konnte.

Westphal (465) berichtet über zwei Fälle, die anatomisch als zur multiplen Sklerose gehörig nachgewiesen wurden und die sich durch motorische Erscheinungen auszeichneten, die in einem Falle einer schweren allgemeinen Chorea, im anderen der Myoklonie entsprachen. *Marburg* (249) publiziert 6 Fälle von multipler Sklerose, die zunächst einen Hirntumor vortäuschten. Hirndrucksymptome können sich infolge besonderer Lokalisation des Prozesses entwickeln.

Fleck (95) behandelte 16 Fälle von multipler Sklerose mit durchschnittlich 1,5 g Silbersalvarsannatrium; 8 davon blieben unverändert; in den übrigen traten



leichte, zum Teil vorübergehende Besserungen auf. *Kalberlah* (195) sah bei einem Teil von 36 mit Silbersalvarsan behandelten Fällen deutliche Besserungen.

Pekelský (305). Demonstration einer Patientin mit obengenannter Krankheit, bei welcher ein dissoziierter rhytmischer Nystagmus beobachtet wurde. Nämlich: beim Blick rechtswärts Nystagmus des rechten Auges bei vollständiger Ruhe des linken Auges und analog beim Blick linkswärts. Experimentell hat sich dieses Verhalten nicht beeinflussen lassen. Autor stelle gegen diese Beobachtung die experimentelle Beobachtung von *Bauer* und *Leodler*, die beim Kaninchen nach der Extirpation der linken Hemisphäre und Destruktion des linksseitigen Fasciculus longitud. posterior nur rechtsseitigen Nystagmus konstatiert haben. Daraus resultiert Verf., daß die Vestibularreizung innerhalb der Gehirnmasse durch verschiedene Fasern zu den Augenmuskeln geführt werden. — *(Stuchlik.)*

Wie *Voss* (448) berichtet, hat die traumatische Epilepsie unter den Hirnverletzten, über die der Verf. 1917 eine Mitteilung brachte, stark zugenommen (damals 37%, jetzt 61,7%). Verletzungen des Scheitelhirns scheinen besonders häufig zu traumatischer Epilepsie zu führen. Der Blutdruck bei epileptischen und nicht epileptischen Hirnverletzten weist keine charakteristischen Unterschiede auf.

Segerath (378) fand ebenfalls keine Unterschiede bezüglich des Blutdrucks zwischen epileptischen und nicht epileptischen Hirnverletzten. Ganz allgemein scheint der Blutdruck bei Hirnverletzten etwas erhöht zu sein.

Sittig (388) Knochenimpression in der linken Scheitel-Hinterhauptgegend bei einem Linkshänder. Neben leichter sensorischer Aphasie bestand eine Störung des Ziffernschreibens — Einer wurden vor die Zehner gesetzt — und Verlust des Begriffes der Multiplikation und der Division. Drei oder vierstellige Zahlen konnten nicht mehr als Einheit aufgefaßt werden.

Stanojevic (403) publiziert einen Fall von bilateraler Apraxie der Gesichts- und Sprechmuskulatur, die er auf Grund anderer Symptome im unteren Drittel der vorderen Zentralwindung lokalisiert.

Hanke (139) teilt ausführlich je einen Fall von aphasischer und räumlich-optischer Störung unter anschließender Besprechung mit.

Redlich (329) führt die Herabsetzung des Kornealreflexes in Fällen ohne Störung der Sensibilität auf eine Läsion des centrifugalen Teiles des Reflexbogens zurück. Die Herabsetzung des Kornealreflexes sei eins der feinsten Zeichen für die Beteiligung des oberen Fazialisastes bei Hemiplegien.

Roemheld (339) berichtet über einen 1916 veröffentlichten Fall von traumatischer Pseudotabes (Neurol. Ztlbl. 1916, Nr. 16), bei dem sich zu den damals bestehenden Symptomen weiterhin fast vollständige Lichtstarre am rechten Auge und myotonische Pupillenreaktion bei Konvergenz gesellt zu haben.

V. Rad (325): Zeitungsfachmann stürzte 1912; Schädelbasisbruch. 1919 bei auszuschließender luetischer Ätiologie besonders entrundete Pupillen, rechts weiter als links. Lichtreaktion rechts ganz aufgehoben, links minimal. Konvergenzreaktion besonders langsam aber deutlich.

Bappert (11) versucht, in den von *Goldstein* angedeuteten Bahnen eine Analyse der körperlichen Leistungsfähigkeit Hirnverletzter zugeben. Er prüft: a) mehr



oder weniger umschriebene Muskelgruppen (Fingerergograph) und b) den Gesamtorganismus (Hebe-Bück-Ergograph), und zwar sowohl für untermaximale wie für maximale Leistungen, welch letztere er durch schwere Belastung bei kurzer Dauer einerseits, durch leichtere Belastung bei langer Dauer andererseits hervorruft. Beschreibung und Besprechung der Versuche, deren Ergebnis darin gipfelt, daß jeder sein „persönliches Leitungssystem" hat; ein jeder (normale wie Hirnverletzte) arbeitet und ermüdet auf seine eigene Weise. Bei Hirnverletzten bestimmt daher nicht nur die Art der Verletzung, sondern auch sein Leistungssystem die Veränderung, die das letztere durch die Schädigung erleidet.

Förtig (100): Mitteilung zweier Fälle von Gliom im Gehirn, deren eines im hinteren Teil des Großhirns seinen Sitz hatte, während im zweiten Falle ein größerer Tumor im Stirnhirn, ein kleinerer an der rechten medialen Seite des Occipitalhirns saß. Daran anschließend Erörterungen über die Lokalisationsfrage unter Zugrundelegung der *Kant*schen Begriffe der „Anschauung" und der „Spontaneität". Der letzteren dient nach Ansicht des Verf. das Vorderhirn (vor der vorderen Zentralfurche), während für die „Anschauung", die „Receptio" das Hinterhirn da ist.

Jakobi (174) berichtet über drei Fälle von Basalgangliengeschwülsten. Psychisch fanden sich bei allen Gedächtnisstörungen, namentlich solche der Merkfähigkeit, im übrigen verschiedene Symptome (Erregbarkeit, Perseveration, teilweise Desorientiertheit).

Büdinger (46)betont die Wichtigkeit der Beschaffenheit des komprimierenden Mediums bei „Spätkompressionen" nach duralen Blutungen; zur primären Blutung trete eine blutig-seröse, entzündliche Flüssigkeit. Die klinischen Späterscheinungen faßt er als Ausdruck eines Versagens der bis dahin bestehenden Kompensation auf.

Reichardt (330) untersucht die ursächliche Bedeutung der vorzeitlichen Schädelnahtverknöcherung für den plötzlichen Hirndrucktod und kommt zu dem Ergebnis, daß nicht die vorzeitige Verknöcherung, sondern das Verhalten der Hirngröße bzw. das Mißverhältnis zwischen Schädelinnenraum und Schädelinhalt für den plötzlichen Hirndrucktod verantwortlich zu machen sei.

Nach *Eversbusch* (84) bestimmt nicht allein die Lokalisation des Herdes das klinische Bild bei der zerebralen Kinderlähmung, sondern auch die Stärke des Reizes, der das zentrale Neuron treffe.

Herschmann (153) beschreibt zwei Fälle von rezidivierender Meningitis bei Lungentuberkulose, deren einer auch anatomisch untersucht werden konnte; er glaubt an eine tuberkulotoxische Entstehung beider Fälle.

Siebert (383) berichtet zusammenfassend über eine Meningitisepidemie. In 40 von 41 bakteriologisch untersuchten Fällen fand sich der *Weichselbaum*sche Meningokokkus. Möglichst frühzeitige Anwendung des *Kolle-Wassermann*schen Meningokokkenserums verspricht ziemlich prompten Erfolg.

Sieben (382): Fall von Enzephalitis epidemica (?) mit pontiner Lokalisation des Krankheitsprozesses.

Nach *F. Schultze* (372) können neben der Lues auch wohl Erkältungen und andere Ursachen eine vielleicht nur mitwirkende ursächliche Rolle bei



der akuten Myelitis spielen; doch ist Vorsicht derartigen Angaben gegenüber am Platze.

Trautmann (432) beschreibt zwei Fälle mit Schädigung eines Vestibularapparates, apoplektiformes Einsetzen der Erkrankung und Ausgang in Heilung.

Bäumler (8) bespricht einen schon früher von *v. Kahlden* als „Lebercirrhose im Kindesalter" veröffentlichten Fall unter den neuen Gesichtspunkten, die durch die *Wilson*sche Erkrankung einerseits, durch die Encephalitis epidemica andererseits gegeben sind.

Trömner (435): 18 jähriger Mann bekam im Anschluß an langes Umhergehen beim Aufstehen einen Krampfzustand, der im linken Bein beginnend sich zum Rumpf und zur rechten Schulter herüberzog und nach ½ Minute abklang. Seitdem häufiger solche Attacken. Hypnotische Behandlung brachte nur einen Teilerfolg. Der Fall wird vom Verf. der Intentionsneurose zugezählt, seine Beziehungen zum Sprechstottern besprochen und mit den Fällen von *Rülf* zusammengestellt.

Weicksel (459) bespricht die Funktionen der Lymphocyten, soweit sie heute bekannt sind, und weist auf die Wichtigkeit der Lymphocytose in prognostischer Beziehung bei chronisch verlaufenden Erkrankungen, namentlich Tuberkulose und Lues hin.

Geigel (116) gibt praktische Anweisungen zur Behandlung des Gehirnschlages unter Hinweis auf die hirnphysiologischen Verhältnisse; es kommt nicht darauf an, wieviel Blut im Gehirn ist, sondern wieviel Blut das Gehirn in der Zeiteinheit durchströmt. Statt der Ausdrücke „Gehirnanämie" und Gehirnhyperämie" sind deshalb zweckmäßiger die Bezeichnungen „Adiaemorrhysis" und „Hyperdiaemorrhysis cerebri" zu verwenden. Zudem betont der Verf. nachdrücklich die Unterschiede zwischen Hirnkreislauf und anderen Kreislaufabschnitten.

Schmieden und *Scheele* (363) und *Scheele* (361) besprechen den Subccipitalstich bzw. Balkenstich und Suboccipitalstich vom chirurgischen Standpunkte aus; beide Maßnahmen werden als wirksam und wichtig bei der Behandlung des Hirndrucks und der Störungen der Liquorzirkulation bezeichnet und es wird auf ihre diagnostische Bedeutung in unklaren Fällen verwiesen.

Pekelský (306) Es handelt sich um die im Referat über „Dissoziierter Nystagmus bei multipler Sklerose" desselben Autors beschriebene Pat. Bei der Linksrotation eine Verstärkung des Nystagmus der rechten Seite beim Blick rechtswärts, Ruhe beim Blick linkswärts an beiden Augen. Bei der Rechtsrotation eine wesentliche Verstärkung des spontanen Nystagmus des linken Auges beim Blick linkswärts, absolute Ruhe beim Blick rechtswärts. Bei kalter Irrigation ist ein Nystagmus nicht hervorzurufen. — Betreffs theoretischer Erklärung schließt sich Vortrag der Theorie über den Ursprung der nystagmischen Phase in Augenmuskelkernen an.—

Henner (151). Diskussion der Symptomatologie und Wertschätzung einzelner Symptome cerebellarer Inkoordinationserscheinungen (Titubation nach Duchenne, Asynergie nach *Babinski*, Dysmetrie nach *Dejerine*).

Weber (456). Beschreibung eines Falles (27 jähriger Mann) bei welchem es sich um Syringobulbie und Syringomyelie des Cervikalmarkes gehandelt hat. Da klinisch auf der rechten Seite vorwiegend thermische Hemihypaesthesie und auf

der linken motorische Symptome zu konstatieren waren, kann man von Syringomyelie vom Brown-Séquardschen Typus sprechen. Interessant ist, daß keine tropischen Hautveränderungen zu finden waren. —

Pejše (304). Beschreibung eines Falles der Erkrankung bei 24 jährigem Schneider. Interessant ist, daß nach 14 monatlicher Dauer die bestandene Atrophie der Muskel fast bis zur Rückkehr zu normalen Verhältnissen verschwand. Therapeutisch wurden nach *Gewers* Strychnininjektionen gegeben, acht Monate täglich, später dreimal wöchentlich, unterstützt durch mäßige Faradisation und Massage.

Stach (401). Demonstration eines Falles von Akromegalie kombiniert mit dem Vorhandensein eines metastatischen Tumors in der Medulla spinalis. Subjektiv Schmerzen, die in untere Extremität ausstrahlen, seit 2 Monaten Lähmung der Beine, Störungen der Miktion und Defaekation. Objektiv in der Lebergegend am Rippenrand ein konstatierbarer Tumor von harter Konsistenz, mit der Leber fest verbunden, Schmerzlichkeit der Wirbelsäule auf Beklopfen, Glutealmuskulatur atrophisch, Babinski, Oppenheim positiv. Radioskopisch Vergrößerung der Sella turcica, Existenz eines Tumors in der rechten Brustkorbgegend. — Autor ist der Anschauung von dem Zusammenhang des Tumors, der Rückenmarkaffektion und dem Hypophysentumor. —

Přecechtěl (323). Eine zusammenfassende Übersicht der Technik der operativen Behandlung von Gehirnabszessen. Verf. beschäftigt sich hauptsächlich mit der Frage der Drainierung und empfiehlt die Gazedrainage; vorwiegend benutzt er imprägnierte antiseptische Gaze.

Fretzl (105). Verf. lobt den günstigen Einfluß der Pilokarpinbehandlung. Er gibt in der Regel 0,3 ccm. von 2 % Pilokarpinlösung und steigt täglich um 0.1 kcm. Im ganzen 10 Injektionen. Soll der Patient die Injektionen nicht gut vertragen haben (Erbrechen, Schwäche), dann pausiert Verf. einen Tag und folgende Tage gibt die letzte Dosis bis zum Ende der Kur. Resultate gut. U. A. nach Infektionskrankheiten konnte konstatieren: nach Influenza von 6 Fällen Besserung in 5, nach Typhus in 3 Fällen Besserung in 2, nach Scharlach von 2 Fällen in beiden Besserung, nach Masern ein nicht gebesserter Fall, nach Malaria ein sehr gebesserter Fall, nach Meningitis cerebrospinalis ein gebesserter Fall (die Kur zweimal wiederholt), nach Pneumonie ein gebesserter Fall usw. — Details der Methode angegeben, —

Vítek (444). Mitteilung von einigen Fällen der Tabes dorsalis, Amyotrophischer Lateralsklerose und einem Falle von Compressionsmyelitis, welche — auch trotz fortgeschrittenem Stadium — nach durchschnittlich ein bis zweimonatlicher Behandlung in Joachimsthal in überraschend verbessertem Zustand zurückkamen. — (Tschechische Referate *Stuchlík*-Košiče.)

Spatz (395) konnte experimentell grundlegende Unterschiede in der Reaktionsweise des reifen und unreifen Nervensystems nachweisen. Die Abbauerscheinungen gehen beim noch nicht myelinisierten Nervensystem im allgemeinen sehr viel rascher vor sich und hinterlassen sehr viel geringere Residuen als beim markreifen. Es ergeben sich hier interessante Beziehungen zur menschlichen Pathologie. Betreffs der zahlreichen Einzelheiten muß auf das Original verwiesen werden.



Nach *Wohlwills* (476) Untersuchungen besteht der herdförmige Prozess der funikulären Spinalerkrankung bei perniciöser Anämie und verwandten Affektionen in einer charakteristischen Affektion des Achsenzylinders. Die Glia reagiert mit progressiven und vor allem regressiven Veränderungen. An den Gefäßen ist die Wucherung der Intimazellen häufig; sie ist aber nicht Ursache der Zerfallsvorgänge am Nervensystem. Im Gehirn findet man neben starken Anhäufungen lipoiden Pigments in den Ganglienzellen vor allem diffuse progressive Gliaveränderungen. Dieser Prozeß scheint besonders hochgradig zu sein in den Fällen, die intra vitam die Zeichen einer Psychose erkennen ließen. Der Bau der Blutungen und der „Ringwallherde" weicht von dem der spezifischen Rückenmarksherde erheblich ab.

Nach *Walter* (453) ist die Clasmatodendrose Cajals prinzipiell derselbe Vorgang wie die amöboide Umwandlung der Glia. Es handelt sich „um einen autolytischen agonalen oder postmortalen Prozeß." „Ein direkter Zusammenhang mit Gehirnkrankheiten und Psychosen ist nicht nachzuweisen". Das gilt aber nur für den diffusen Gliazerfall; an circumskripten Stellen kommt die Clasmatodendrose infolge schwerer akuter Schädigung auch als intravitaler Prozeß vor.

Schröder (368) beschreibt sehr eigenartige Konkrementbildungen, die er in zwei Gehirnen von Paralytikern fand, wie sich in dem einen Fall zeigen ließ. handelt es sich dabei wahrscheinlich um die Y-Substanz der „kolloiden" Plasmazellen Perusinis. Es ist anzunehmen, daß diese Y-Substanz ein pathologisches Stoffwechselprodukt des Gehirns darstellt, das in die Plasmazellen aufgenommen wird.

Westphal und *Sioli* (467) berichten ausführlich über den Fall von Myoklonusepilepsie, den *W.* bereits einmal mitgeteilt hat. Anatomisch ist der Fall ausgezeichnet „durch eigentümliche Einlagerungen, vorzugsweise in die graue Substanz; diese lassen sich in zwei Gruppen trennen: Corpora amylacea, die vorwiegend im Innern der Ganglienzellen liegen und „glykenoide Granula, die vorwiegend extracellulär liegen." Die Einlagerungen sind ubiquitär aber mit so starker Bevorzugung von Thalamus, Nucleus ruber und Nucleus dentatus, „daß man von einer elektiv schwereren Schädigung dieser grauen Kerne reden muß". Der sehr eigenartige histologische Befund, der bisher nur ein einziges Gegenstück in dem Fall von Lafora hat, wird eingehend besprochen, ebenso der Zusammenhang des Ergebnisses der anatomischen Untersuchung mit dem klinischen Symptomenkomplex.

Sagel (349) hat das „Gliastrauchwerk in mehreren Fällen genuiner und symptomatischer Epilepsie untersucht, Es handelt sich dabei um eine „wahrscheinlich schon sehr bald auftretende flüchtige Reaktion der zelligen Glia auf akuten Parenchymzerfall der Purkinjeneurone". Das Strauchwerk ist aufzufassen „als ein vorübergehender protoplasmatischer Lückenbüßer und gleichzeitig als Werkzeug zum Abbau und Abtransport der Zerfallsprodukte". Es verfällt bald der Rückbildung und wird durch eine herdförmige isomorphe Sklerose ersetzt.

Holzer (167) teilt eine neue Methode zur Färbung der Glia mit, die auch nach den Erfahrungen des Friedrichsberger Laboratoriums gute Resultate ergibt. —

Jakob (183) teilt drei eigenartige Krankheitsfälle mit, die symptomatologisch am meisten Ähnlichkeit mit multipler Sklerose haben, pathologisch-anatomisch



sich aber durch einen nach Lokalisation und Wesen eigenartigen Prozeß auszeichnen. Der Krankheitsvorgang charakterisiert sich als eine Enzephalomyelopathie mit disseminierten Degenerationsherden; es handelt sich dabei um eine regelmäßige Affektion des ganzen Pyramiden- und des striären Systems mit dem vorderen medialen Thalamuskern, also um eine im wesentlichen partielle Erkrankung des pyramidalen und extrapyramidalen motorischen Systems. In pathophysiologischer und klinischer Hinsicht steht die Erkrankung zwischen den spastischen Systemerkrankungen (amyotrophische Lateralsklerose) und den vornehmlich strär lokalisierten Prozessen (Westphal-Strümpellsche Pseudosklerose, Wilsonsche Krankheit, Chorea). Die Ätiologie ist unklar.

Kirschbaum (205). Sieben ausgewählte Fälle von Tuberkulose des Zentralnervensystems. Bei der anatomischen Schilderung wird auf die beiden verschiedenen Erscheinungsformen der tuberkulösen Hirnhaut- und Gehirnveränderungen einer mehr diffusen Infiltration und einer mehr Tuberkelknötchen bildenden Art eingegangen. Die Entstehung der Konglomerattuberkel wird erläutert, eigenartige Gefäßerkrankungen besonders der Media werden besprochen. Auf die obliterierende tuberkulöse Endarteirtiis und auf die Kombination zweier Intimaerkrankungen von Arteriosklerose und Tuberkulose wird ausführlich eingegangen. Am Schluß werden eigenartige Gliaherdchen in der Rinde von Fall 6 besprochen, der durch stellenweise die ganze Rinde durchsetzende, an Befunde bei progressiver Paralyse erinnernde Gefäßinfiltrate auffällig ausgezeichnet ist.

(Letzte 2 Referate von *Josephy*-Hamburg-Friedrichsberg.)

---

6. Neurosen.

Ref.: Hans Laehr-Wernigerode.

1. *Albrecht*, *O.*, Der asthenische Symptomenkomplex. Abh. a. d. N., Ps. u. Psychol. H. 12.
2. *Alrutz*, *Sidney* (Upsala) Die Bedeutung des hypnotischen Experimentes für die Hysterie. B. kl. W. S. 501. (S. 166*.)
3. *Amantea*, *G.* (Rom), Su alcuni fattori dell' epilessia sperimentale anche nei riguardi dell' epilessia umana. Zacchia, ann. 1, no. 1.
4. *Ash*, *Edwin*, The problem of nervous breakdown. The Macmillan Press Co. New York 1920.
5. *d'Austregesilo*, *A.*, Aporioneurosis. Brazil med. no. 7 (port.).
6. *Bäumler*, *Ch.* (Freiburg i. B.), Zur Kasuistik der Wilsonschen Krankheit. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 71, S. 193.
7. *Derselbe*, Über Behandlung von infantilem Myxödem infolge angeborenen Schilddrüsenmangels mit Jodothyrin umd Hammelschilddrüse. M. med. Wschr. S. 599. (S. 172*.)



8. *Bambarén*, *Carlos A.*, Rolle der Syphilis bei der Entstehung der sog. essentiellen Epilepsie. Siglo med. ann. 68, no. 35 (spanisch).
9. *Bassoe*, *Peter* (Chicago), Endocrine growth disturbance: acromegaly, gigantism, dwarfism. M. clin. of North-Am. 5, no. 1.
10. *Benech*, *Jean*, et *Munier*, *A.*, Essais pathologiques sur les crises convulsives (hystérie et épilepsie). Rev. m. de l'Est ann. 49, no. 21.
11. *Benton*, *G. H.*, „War" neuroses and allied conditions in ex-service men, as observed in the U. S. public health service hospital for psychoneurotics. J. of the Am. m. Ass. 77, p. 360.
12. *Benzing*, *R.*, Spätspasmophilie u. Neuropathie (Vortr. Ber.)., Mschr. f. Kinderheilk. 22, S. 415.
13. *Bériel* et *Viret*, Les états de rigidité automatique. J. de méd. de Lyon ann. 2, no. 30.
14. *Bickel*, *H.* (Halle), Statistisches über die Frage: Gibt es heute noch eine Kriegsneurose? (Vortr.-Ber.) Ztlbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 26, S. 504. (S. 167*.)
15. *Bing*, *Rob.* (Basel), Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 2. Aufl. Urban u. Schwarzenberg. 672 S. 72 M. (S. 165*.)
16. *Bisgaard*, *A.*, et *Noervig*, *J.* (Roeskilde), Recherches sur la réglementation neutralisatrice dans les cas d'épilepsie proprement dite. Cpts. rend. des Séances de la Soc. de Biologie 84, no. 3 et 6.
17. *Blumengarten*, *A. S.*, The role of the endocrin system in internal medicin. New York med. j. 113, p. 233.
18. *Blumenthal*, *A.*, Zur Diagnose der psychogenen Schwerhörigkeit. Mtschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhin. Jg. 55, H. 8.
19. *Bolten*, *G. C.* (Haag), Die vasovagalen Anfälle (Gowers). Mtschr. f. Psych. u. Neurol. S. 52. (S. 172*.)
20. *Derselbe*, Die vasomotorische Neurose Nothnagels (Akroparästhesie Schultze). Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 70, S. 256 (S. 172*.)
21. *Derselbe*, Dies und jenes über die Pathogenese der Trigeminusneuralgie. Ib. S. 266. (S. 170*.)
22. *Derselbe*, Die Frage der sog. Neuritis ascendens. Ib. S. 275. (S. 170*.)
23. *Borries*, *G. V. Th.*, (Kopenhagen), Kopfnystagmus beim Menschen. Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfk. 108, S. 127. (S. 170*.)
24. *Bourdon*, *Louis*, Les fugues de l'enfant. Méd. scol. 10, no. 5.
25. *Brandis*, *G.* (Hamburg), Zur Kenntnis des Infantilismus und Zwergwuchses. D. A. f. klin. Med. 136, H. 5 u. 6.
26. *Buchanan*, *J. Arthur*, The familial distribution of the migraine-epilepsy syndrom. New York med. j. 113, no. 2.
27. *Bunnemann* (Ballenstedt), Über psychogenen Fluor albus. Ther. d. Gegenw., April. (S. 166*.)
28. *Burr*, *Charles W.* (Philadelphia), The nervous child. New York med. j. 17. 8.



29. *Cameron, Hector Ch.*, Hysteria in the nursery and in warfare — a comparison and a contrast. A. of ped. 38, p. 193.
30. *Christiansen, Viggo*, Über die Pathogenese der Paralysis agitans. Hosp. tid. Nr. 26 (dänisch).
31. *Christin, E.* (Genf), Les nouveaux traitements de l'épilepsie. Schweiz. med. Wschr. no. 5.
32. *Christoffel, Hans* (Basel), Nervöse Störungen. Sonntagbl. d. Basler Nachr. Nr. 28, 29. (S. 165*.)
33. *Clark, L. Pierce* (New York), Some emotional reactions in epileptics. New York med. j. 113, no. 15.
34. *Derselbe*, The sociological training of epileptics. Ib. Nr. 16.
35. *Derselbe*, Remarks on conciousness in the epileptic fits. A. of n. and ps. 5, p. 479 u. Boston med. and surg. j. 185, no. 17.
36. *Claude, Henri*, Le rôle de la prédisposition congénitale dans l'insufficience pluriglandulaire. L'encéph. ann. 16, no. 2.
37. *Crocket, James*, Tuberculin in epilepsy. Brit. med. j. no. 3143.
38. *Crouzon* et *Bouttier*, Un cas d'épilepsie myoclone. Bull. et mém. de la Soc. des hôp. de Paris ann. 27, p. 278.
39. *Culpin, Millais*, The problem of the neurasthenic pensioner. Brit. j. of psychol. 1, p. 316.
40. *Curschmann, H.* (Rostock), Hyperthyreoidismus u. Konstitution. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. 68—69.
41. *Derselbe*, Dystrophia myotonica sine myotonia. Vortr. Ztlbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 26, S. 497.
42. *Dahlström, Sigurd* (Kristiania), Krigens nervöse sygdomme og deres behandling. Tidskr. f. d. norske laegeforening Nr. 1 u. 2.
43. *Deist, Hellmuth* (Stuttgart), Die Bedeutung der frühzeitigen Abgrenzung von epileptischern u. hysterischen Zuständen nach Unfall. Ärztl. Sachverst-Ztg. S. 77.
44. *Demianowski, A.*, Gibt es bei Epileptikern einen konstitutionellen Typus? Larowski tygodnik lek. ann. 11, no. 8.
45. *Divry*, Contribution à l'étude de la pression artérielle dans l'épilepsie et les états psychonevrosiques. J. de N. ann. 21, no. 4.
46. *Dubois, Robert*, Note sur la physiothérapie du tremblement. Progr. méd. ann. 48, no. 14.
47. *Ducosté, Maurice*, La maladie épileptique aux points de vue étiologique, psychiatrique et médicolégal. Bull. méd. ann. 35, no. 40.
48. *Dürck, Hermann* (München), Über die Verkalkung von Hirngefäßen bei der akuten Encephalitis lethargica. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., 72, S. 175.
49. *Dufestel, L.*, Le dépistage des hypothyréoidiens dans les écoles. Méd. scol. 10, p. 67.
50. *Dupouy, Roger*, Symptomatologie et diagnostic des accidents épileptiques. Bull. mèd. ann. 35, no. 39.

51. *Derselbe*, L'aboulie du neurasthenique d'après une auto-observation. Ann. méd.-psychol. 2, no. 1 et 4.
52. *Eichelberg* (Hedemünden), Durch Hypnose erzeugtes hysterisches Fieber. D. Z. f. Nhk. 68-69. (S. 166*.)
53. *Eliasberg*, *W.* (München), Zur traumatischen Epilepsie und ihrer Behandlung. Deutsche med. Wschr. S. 707. (S. 169*.)
54. *Entres*, *J. L.* (Eglfing), Über Huntingtonsche Chorea. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., 73, S. 541. (S. 170*.)
55. *Derselbe*, Zur Klinik und Vererbung der Huntingtonschen Chorea. Monogr. a. d. Ges. Geb. d. Neurol. u. Psych. H. 27. (S. 170*.)
56. *Erben*, *S.* (Wien), Über das Vagusphänomen bei Neurasthenikern. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. 68—69.
57. *Derselbe*, Klinische Untersuchungen des intrakraniellen Druckes an Schädeldefekten. Ib.
58. *Fackenheim* (Kassel), Die Erfolge der Crotalinbehandlung bei der genuinen progredienten Epilepsie. Vortr.-Ber. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref., 23, S. 177.
59. *Ferrannini*, *Andrea*, Criteri diagnostici tra convulsioni isteriche ed epilettiche. Rif. med. ann. 37, p. 59.
60. *Fischer*, *Heinrich* (Gießen), Untersuchungen über die Pathogenese des Krampfes.. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. 71, S. 116. (S. 168*.)
61. *Derselbe*, Tierexperimentelle Krampfstudien. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., 73, S. 614. (S. 168*.)
62. *Derselbe*, u. *Schlund*, *Franz* (Gießen), Zur Wirkung der Faradisation der quergestreiften Muskulatur bei Krampfkranken und Gesunden. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 72, S. 1. (S. 168*.)
63. *Focher*, *Ladislaus* (Budapest), Prä- und intraparoxysmale Anisokorie (Miosis) bei Hysterie. Neurol. Ztlbl., Erg.-Bd., S. 138.
64. *Freitag*, *Albert* (Jena), Zur Pathologie und Therapie der funktionellen Schreibstörungen. Arch. f. Psych. 63, S. 574. (S. 167*.)
65. *Friedländer*, *Friedr.* (Charlottenburg), Über senile Hysterie (Astasie-Abasie und Vagotonie). Med. Klin. S. 906 (Nachtrag Med. Klin. 1922, S. 179). (S. 166*.)
66. *Frisch*, *Felix* (Wien), Die pathophysiologischen Grundlagen der Epilepsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., 65, S. 192.
67. *Derselbe*, Beitrag zur Klinik der pluriglandulären endokrinen Insuffizienz. Med. Klin. S. 1021. (S. 171*.)
68. *Frowein*, *Bernhard* (Rostock), Zur Kenntnis der Adipositas dolorosa. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. 72, S. 56.
69. *Ganter*, *Rudolf* (Wormditt), Über Sterblichkeitsverhältnisse und Sektionsbefunde bei Epileptischen und Schwachsinnigen. Arch. f. Psych. 64, S. 285.
70. *Derselbe*, Über Aortenumfang u. Herzgewicht bei Epileptischen und Schwachsinnigen. Virchows Arch. 232.



71. *Godefroy, J. C. L.* (Amsterdam), Dystaxia epileptica, an experimental study regarding motory disturbances. Ps. en n. Bladen p. 68.

72. *Golla, F.*, Luminal contrasted with bromid in epilepsy. Brit. med. j. no. 3136.

73. *Gordon, Alfred*, The reciprocal influence of influenza and epilepsy. New York med. j. 113, no. 16.

74. *Gottlieb, Kurt* (Jena), Die Pathologie der Dystrophia adiposo-genitalis. Erg. d. allg. Path. u. path. Anat. Jg. 19, II, S. 575.

75. *Hammar, J. Aug.* (Upsala), Einige Beziehungen endokriner Erscheinungen zum Seelenproblem. Upsala läkareförenings förhandl., Neue Folge, 26, H. 3—4. (Schwedisch.)

76. *Harms zum Spreckel, H.* (Annaburg, Sa.), Chorea degenerativa. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., 66, S. 326. (S. 170*.)

77. *Hart, C.* (Berlin), Neuere Arbeiten über Physiologie und Pathologie der Hypophysis cerebri. Med. Klin. S. 539 u. 569.

78. *Derselbe*, Zum Wesen und Wirken der endokrinen Drüsen. Berl. klin. Wschr. S. 533. (S. 170*.)

79. *Hebestreit, A.* (Leipzig), Ein Fall von Schüttellähmung (Paral. ag.) nach plötzlichem Schreck. Ärztl. Sachv.-Ztg. S. 139.

80. *Hellpach, Willy* (Karlsruhe), Der nervöse Zusammenbruch (Vortr.-Ber.). Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref. 32, S. 216.

81. *Herbert, S.*, Post-war neurosis. Lancet 200, S. 1238. (S. 167*.)

82. *Herzig, Ernst* (Wien), Epilepsie u. Krieg. Jb. f. Psych. u. Neurol. 41, S. 39.

83. *Hirsch, S.* (Frankfurt a. M.), Zur Klinik und Pathogenese des dystrophischen universellen Infantilismus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., 72, S. 347. (S. 172*.)

84. *van der Hoeven*, jun., *H.*, Neurasthenie. Need. Maandschr. v. geneesk. p. 35.

85. *Huese, J. F. O.* (s' Gravenhage), Zwei Fälle hysterischer Haltung. Need. Tijdschr. v. Geneesk. 65 (I), Nr. 4.

86. *Hunt, Edward Livingstone*, The deleterious effects of the bromide treatment in the diseases of the nervous system. Med. rec. 100, no. 3.

87. *Hurst, A. F.*, and *Roberts*, Hysterical blindness of four years duration cured by psychopathology. Proc. of the R. Soc. of Med. 14, Clin. Sect. p. 30.

88. *Jolowicz, E.*, Was können wir aus der Kriegsneurosenbehandlung für die Friedensneurose lernen? Ther. Halbmtschr. Nr. 23.

89. *de Jongh, J.*, Ein Fall von spätentstandener Epilepsie. Need. Tijdschr. v. Geneesk. 65 (I), p. 1852.

90. *Juarros, César*, Tratamiento de la epilepsia por el luminal. Med. ibera no. 184 u. Siglo med. no. 3523.

91. *Kanngießer, F.* (Braunfels), Ein Beitrag zur Erforschung der Ätiologie der Zwangsneurosen. Arch. f. Psych. 63, S. 125.

92. *Kasak, Michael* (Boston), The pathogenesis of epilepsy from the historical standpoint. With a report of a case. A. of N. and Ps. 5, no. 6.

93. *Kastan, Max* (Königsberg), Über einige allgemein als familiär bekannte Nervenkrankheiten. A. f. Ps. 63, S. 361. (S. 171*.)

94. *Derselbe*, Gehirn und Nebennieren (Vortr.-Ber.). Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 26, S. 506.

95. *Kersten, Hans*, (Schwerin), Ergebnisse zur Frage des elementaren Krampfes. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., 63, S. 48.

96. *Derselbe*, Weitere Untersuchungen über das Schwanken des Blutzuckerspiegels beim elementaren Krampf. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 70, S. 241.

97. *King, James E.*, Endocrine influence mental and physical in woman. Am. j. of obst. and gyn. 1, p. 341.

98. *Kirk, C. C.* (Fayetteville, Ark.), Analysis of more than 200 cases of epilepsy treated with Luminal. Am. j. of ins. 72, p. 559.

99. *v. Klebelsberg, Ernst* (Hall), Behandlung der Epilepsie mit Tartarus boraxatus. Psych.-neurol. Wschr. S. 389.

100. *Derselbe*, Nirvanol bei Epilepsie. Med. Klin. S. 593.

101. *Klein, Otto* (Prag), Über Polyneuritis nach Grippe. Arch. f. inn. Med. 2, S. 329.

102. *Klieneberger, Otto* (Königsberg), Zur Lues-Epilepsiefrage. Deutsche med. Wschr. S. 1017. (S. 169*.)

103. *Knapp, Albert* (Düsseldorf), Das Zwerchfellzentrum in der Gehirnrinde und der Singultus. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 50, S. 333. (S. 168*.)

104. *Knorr, H.* (Freiburg i. B.), Über den Schock (unter bes. Berücksichtigung der Lehre von *Crile*.) Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 33, S. 326. (S. 168*.)

105. *König, Hans* (Bonn), Zur aktiven Therapie hysterischer Störungen von Zivilkranken. Arch. f. Psych. 63, S. 149. (S. 167*.)

106. *Köster, Fritz* (Düren), Alttuberkulin bei Epilepsie. Deutsche med. Wschr. S. 956. (S. 169*.)

107. *Kollarits, Jenö* (Budapest), Stacheldrahterscheinungen in Lungenkurorten. Schweiz. med. Wschr. Nr. 32. (S. 167*.)

108. *Kreß, H.* (Rostock), Die Abführmittelfrage in der Nervenpraxis. Neurol. Ztbl., Erg.-Bd., S. 155. (S. 167*.)

109. *Kretschmer, Ernst* (Tübingen), Zur Psychopathologie der Keimdrüsenstörungen. (Vortr.-Ber.) Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 25, S. 342.

110. *Derselbe*, Keimdrüsenfunktion und Seelenstörung. Deutsche med. Wschr. S. 649. (S. 171*.)

111. *Küppers, E.* (Freiburg i. B.), Die Hysterie als Urbild einer regressiven Entwicklung bei parasitärer Lebensführung. (Vortr.-Ber.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref., 23, S. 187.

112. *Laignel-Lavastine* (Paris), Secrezoni interne e sistema nervoso. A. gen. di N., Ps. e Psicoanalisi 2, p. 5.
113. *Lapinski*, *Theodor* (Warschau), Epilepsie und Geisteskrankheit. Arch. f. Psych. 63, S. 463.
114. *Lehner*, *G.* (Wien), Die Differentialdiagnose zwischen psychogenem Stottern und verlangsamtem Gedankengang. Wien. klin. Wschr. Nr. 39.
115. *Lehrman*, *Phil. R.*, Analysis of a conversion hysteria superimposed on an old diffuse central-nervous lesion. J. of n. and ment. diseases 54, Nr. 1.
116. *Leiner*, *Joshua H.*, Endocrine dyscrasias in the production of epileptic states. New York med. j. 114, no. 1.
117. *Lellis*, *Arcobaldo*, Neurasthenie und Angstneurose. Brazil. med. ann. 35, no. 4.
118. *Lenz*, *Fritz* (München), Über dominant-geschlechtliche Vererbung und die Erblichkeit der Basedow-Diathese. Arch. f. Rassen- u. Ges.-Biol. 13.
119. *Lenz*, *Wilhelm*, Phylogene Neurasthenie beim ostafrikanischen Neger. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 25, S. 271.
120. *Leroy*, *R.* (Paris), Syphilis héréditaire et épilepsie. Ann. méd.-ps., ann. 79, p. 149.
121. *Leschke*, *Erich* (Berlin), Die Wechselwirkungen der Blutdrüsen bei der Basedowschen Krankheit, dem Diabetes mellitus und das Verjüngungsproblem. Wien. med. Wschr. S. 27.
122. *Derselbe*, Hyphophyse, Zwischenhirn u. Genitale. Arch. f. Frauenk. u. Eugen. 7, S. 76.
123. *Levy-Suhl*, *Max* (Berlin), Über hysterische und andere psychogene Erscheinungen. Klin.-ther. Wschr. S. 241 u. 267.
124. *Lewin*, *James* (Berlin), Das Hysterieproblem. Mtschr. f. Ps. u. Neurol. 50, S. 109. (S. 166*.)
125. *Löffler*, *W.*, Innere Sekretion und Nervensystem. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. 8, S. 163.
126. *Löwenstein*, *Otto* (Bonn), Über den Krankheitswert des hysterischen Symptoms. Neurol. Ztbl., Erg.-Bd., S. 133. (S. 166*.)
127. *Luquet*, *Gabriel*, L'épilepsie considérée au point de vue médical et chirurgical. J. de méd. de Paris no. 32.
128. *Maas*, *Otto* (Berlin), Fall von operativ behandelter choreatisch-athetoider Bewegungsstörung. Mtschr. f. Ps. u. Neur. 49, S. 42. (S. 170*.)
129. *Maier*, *Hans W.* (Zürich), Über Züchtung und Therapie psychischer Symptome bei Versicherten. Schweiz. med. Wschr. Nr. 5.
130. *Maiweg*, *Hellmut* (Rostock), Progressive Muskeldystrophie und Thyreohypoplasie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., 63, S. 107.
131. *Marañon*, *G.*, Le facteur émotionel dans la pathogénie des états hyperthyreoidiens. Ann. de méd. 9, no. 2.



132. *Matthias*, *E.* (Breslau), Zur Pathologie der myasthenischen Erkrankung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., 63, S. 171.

133. *Matthias*, *Eugen* (Hildesheim), Dystrophia adiposo-genitalis und multiple Exostosen. Fortschr. d. Med. S. 505.

134. *Mc Cready*, *E. Boworth*, The treatment of epileptic manifestations in children from the standpoint of the constitutional basis. Med. rec. 100, no. 9.

135. *Mc Dougall*, *Allan*, The education and care of epileptic children. Child 100, no. 5.

136. *Melchior*, *Ed.* (Breslau), Über den heutigen Stand des Basedow-Problems in Theorie und Praxis. Berl. klin. Wschr. S. 1453 u. S. 1500. (S. 172*.)

137. *Mendel*, *Kurt* (Berlin), Intermittierendes Hinken. Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 27, S. 65.

138. *Menninger*, *Karl A.*, Influenza and epilepsy: further studies upon the relation of mental diseases and influenza. Am. j. of med. sc. 161, p. 884.

139. *Meyer*, *O. B.* (Würzburg), Über sensible Polyneuritis. (Vortr.-Ber.) Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 26, S. 503.

140. *Derselbe*, Ein besonders ausgeprägter Fall von Lipodystrophie. (Vortr.-Ber.) Ib. S. 504.

141. *Moerchen*, *Friedrich* (Wiesbaden), Die Berechtigung einer physikalischen Therapie bei Neurosen. Fortschr. d. Med. Nr. 17. (S. 166*.)

142. *Derselbe*, Das Problem der Hysterie. Münch. med. Wschr. S. 1220. (S. 166*.)

143. *Mohr*, *Friedrich* (Koblenz), Die Beeinflussung der endokrinen Drüsen vom Gehirn aus. Vortr.-Ber. Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Ps. 26 S. 63. (S. 171*.)

144. *v. Monakow*, *C.* (Zürich), Zur Pathologie der Hypophyse. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. 8, H. 2.

145. *Moxon*, *Cavendish*, Mystical exstasy and hysterical dream-states. Journ. of abn. psychol. 15, no. 5—6.

146. *Münzer*, *Arthur* (Charlottenburg), Über die Bedeutung der inneren Sekretion für die Psychiatrie. Arch. f. Psych. 63, S. 531. (S. 171*.)

147. *Musgrave*, *W. E.*, Tropical neurasthenia, tropical hysteria and some special tropical hysteria-like neuropsychoses. Arch. of N. and Ps. 5, p. 398.

148. *Neff*, *Irwin H.*, The neurotic patient. J. of the Michigan St. med. Soc. 20 no. 2.

149. *Noervig*, *Johannes* (Röskilde), Untersuchungen über Stoffwechselanomalien bei Psychosen. I. Die sog. genuine Epilepsie. Inaug.-Diss., ref.: Bibliotek for laeger, ann. 113, p. 258, u. Cpts rend. de la Soc. de Biol. ann. 85, no. 26. (S. 169*.)

150. *Odier*, *Ch.*, Kamptokormie. Med. rev. ann. 38, no. 3. (Norwegisch.)

151. *Oettli*, Über eine gemeinsame Wurzel aller hysterischen Reaktionen. (Vortr.-Ber.) Ztbl.f. d. ges. Neurol. u. Psych. 26, S 471. (S. 166*.)

152. *Pagniez*, *Ph.* et *de Léobardy*, Des conditions de production de la crise hémoclasique d'origine alimentaire chez certains épileptiques. Bull. et mém. de la Soc. des hôp. de Paris, ann. 37, p. 286.

153. *Parhon*, *Stocker*, *A.*, et *Alice Stocker*, Étude anatomo-clinique sur un cas d'acromégalo-gigantisme (gigantisme viscéral, tumeur hypophysaire et médiastinale). Journ. de N. p. 21.

154. *Patrzek*, *Fedor* (Breslau), Eine atypische Form der Myasthenia gravis pseudoparalytica kombiniert mit Sklerodermie und Schwäche des Adrenalsystems. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., 63, S.154.

155. *Payne*, *Charles R.*, Psychoneuroses of war. New York St. j. 21, no. 5.

156. *Peine*, *Siegfried* (Hamburg), Unterbewußte Zusammenhänge in der Ätiologie der Unfall- und Rentenneurose. Deutsche med. Wschr. S. 189.

157. *Peritz*, *G.* (Berlin), Hypophysis und Genitale. Arch. f. Frauenk. u. Eug. 7, S. 75.

158. *Derselbe*, Kopfschmerz, Migräne und ihre Behandlung durch Kochsalzinjektion. Ztschr. f. ärztl. Fortb. S. 697.

159. *Poenitz*, *Karl* (Halle), Die klinische Neuorientierung zum Hysterieproblem unter dem Einfluß der Kriegserfahrungen. Monogr. a. d. Geb. d. Neurol. u. Psych., H 25. J. Springer. 72 S. 28 M.

160. *Derselbe*, Die intravenöse Behandlung von Nervenkrankheiten mit der Preglschen Jodlösung. Münch. med. Wschr. S. 10. (S. 172*.)

161. *Pollak*, *Eugen* (Wien), *Jakob*, *A.* (Hamburg) und *Bostroem*, *A.* (Leipzig), Der amyostatische Symptomenkomplex und verwandte Zustände. Anat., path. u. klin. Ber. Vortr.-Ber. Jahresvers. d. Nervenärzte. Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 26, S. 479.

162. *Pototzki*, *Carl* (Berlin), Die Anwendung von Theobrominpräparaten (Diuretin) bei der Behandlung der Epilepsie. Ther. Halbmtschr. S. 207.

163. *Ranschburg*, *P.* (Budapest), Zwei Fälle von hypophysärer Dystrophia adiposo-genitalis und ihre Behandlung mit Röntgenbestrahlung Deutsche med. Wschr. S. 1291. (S. 172*.)

164. *Rautmann*, *Hermann* (Freiburg i. B.), Schilddrüse und Basedowsche Krankheit. Med. Klin. S. 646 u. 688. (S. 171*.)

165. *Reichardt*, *Martin* (Würzburg), Der jetzige Stand von der Lehre der Hysterie. Deutsche med. Wschr. S. 75. (S. 165*.)

166. *Derselbe*, Der jetzige Stand von der Lehre der Neurasthenie. Deutsche med. Wschr. S. 19. (S. 165*.)

167. *Reid*, *J.* (Kenelm), Psychological analysis of a case simple of hysteria. Practitioner 106, p. 132.

168. *Rejtö*, *Alexander* (Budapest), Zur Lehre der Kriegsneurose. Arch.. f. Psych. 63, S. 325.



169. *Reye, E.* (Hamburg), Zur Klinik der Kachexie hypophysären Ursprungs. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. 68—69.

170. *Rosenhain, Erich* (Breslau), Über psychogenes Hinken im epileptischen Dämmerzustand. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., 64. S. 96. (S. 169*.)

171. *Derselbe*, Ueber Reflexepilepsie Ib. S. 99.

172. *Roubinovitch, J.*, Aperçu rapide sur la conception nosologique actuelle de la maladie épileptique. Bull. méd. no. 39.

173. *Derselbe* und *Chaoany, J. A.*, Contribution au diagnostic des états épileptiques. La tachycardie résiduelle consécutive à la cessation de la compression oculaire dans la recherche manométrique du réflexe oculo-cardiaque. Bull. de l'Ac. de Méd. 85, no. 23.

174. *Derselbe*, u. *Lauzier, J.*, Contribution à l'étude comparée des divers traitements de l'épilepsie. Ann. méd.-ps. ann. 79, no. 2. (S. 169*.)

175. *Rülf, J.* (Bonn), Zur Stellung der Dystrophia myotonica: Auf Grund eigener Beobachtung. Arch. f. Psych. 64, S. 225.

176. *Runge* (Kiel), Beiträge zum dystonischen Symptomenkomplex. (Vortr.-Ber.) Münch. med. Wschr. S. 1684.

177. *Salmon, Alberto*, Crisi epilettiche d'origine endocrina e crisi epilettiche d'origine corticale. Studium, ann. 11, no. 3.

178. *Samaja, Nino* (Bologna), Insufficienza ipofisaria con missedema e sindrome di Bernard-Horner. Riv. sper. di Freniatr. 44, p. 540.

179. *Derselbe*, Caso clinico di dissociazione patologica fra i due lobi dell' ipofisi. Ib. p. 616.

180. *Sands, Irving J.*, Luminal therapy in the control of epileptic seizures. Arch. of N. and Ps. 5, p. 305.

181. *Sánz, E. Fernandez*, Das Stillschweigen zur Prophylaxe und Heilung neurotischer Störungen. Rev. ibero-am. de clin. med. 45, p. 99. (Spanisch.)

182. Ders. Nosologische und diagnostische Betrachtungen über die sog. Hystero-Epilepsie. Siglo med. nr. 3508. (Spanisch.)

183. *Sarabia y Pardo* (S. J.), Hysterie bei Kindern. Ped. esp. nr. 106 u. 107. (S. 166*.)

184. *Schmidt, Ernst O.* (Hamburg), Über den Morbus Basedow. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 33, S. 512. (S. 171*.)

185. *Schröder, P.* (Greifswald), Diagnostische Schwierigkeiten für den Arzt bei nervösen Erkrankungen. Korr.-Bl. d. Ärztevereins d. Reg.-Bez. Stralsund Nr. 88. (S. 167*.)

186. *Schultz, J. H.* (Jena), Über Altersgruppen bei psychologischer Prüfung Nervöser. Vortr.-Ber. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref., 23. S. 23.

187. *Derselbe*, Über psychologische Leistungsprüfungen an nervösen Kriegsteilnehmern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., 63, S. 326. (S. 167*.)



188. *Derselbe* u. *Frieda Reichmann* (Weißer Hirsch), Über Schnellheilung von Friedensneurosen. M. Kl. S. 380. (S. 168*.)

189. *Schulz*, *Fritz C. R.*, Hysterie bei Kriegsbeschädigten. Ztschr. f. ärztl. soz. Versorg. W. 1, H. 8.

190. *Schwab*, *Sidney*, The neurologic dilemma. Arch. of N. and Ps. 6, no. 3.

191. *Scripture*, *E. W.*, Differential diagnosis of nervous diseases by speach inscription. Vox, intern. Ztbl. f. Phon. H. 1.

192. *Derselbe*, The epileptic voice. Ib. H. 3.

193. *Seelert*, *Hans* (Berlin), Diagnose zerebraler Anfälle. Berl. klin. Wschr. S. 597.

194. *Segerath*, *Ferdinand* (Essen), Über die diagnostische Bedeutung des Blutdrucks bei epileptischen und nicht-epileptischen Kindern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., 63, S. 245.

195. *Siebert*, *Harald* (Libau). Die Stellung der Neurosen zueinander und zu den Psychosen. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. 71, S. 297. (S. 165*.)

196. *Derselbe*, Über Erkrankungen peripherischer Nerven. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 49, S. 364. (S. 170*.)

197. *Simon*, *P.*, Le symptome de chorée. Rev. méd. de l'Est 49, no. 9.

198. *Singer*, *Kurt* (Berlin), Leitfaden der neurologischen Diagnostik. Urban u. Schwarzenberg. 201 S. 30 M. (S. 165*.)

199. *Siwinski*, *Boguslav*, Druck des Liquor cerebrospinalis bei Epileptikern. Now. lek. H. 8. (Polnisch.)

200. *Slauck.*, *Arthur* (Heidelberg), Beiträge zur Kenntnis der Muskelveränderungen bei Myxödem und Myotonia atrophica. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., 67, S. 276 (S. 172*.)

201. *Snell*, *Otto* (Lüneburg), Die Belastungsverhältnisse bei der genuinen Epilepsie. Nach der *Diem-Koller*schen Belastungsberechnug. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 70 S. 1. (S. 169*.)

202. *Somer*, *Wolf* (Wien), Zur Kasuistik der periodischen Okulsmotoriuslähmungen. Med. Klin. S. 496 (S. 170*.)

203. *Speer*, *Ernst* (Lindau), Zur Behandlung des Accessoriuskrampfes. Münch. med. Wschr. S. 672. (S. 170*.)

204. *Spiegel*, *E. A.* (Wien), Über das Wesen der Tetaniekrämpfe. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., 70, S. 13.

205. *Stahl*, *Rudolf* (Rostock), Zur Pathogenese und Lokalisation der Polyneuritis. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. 72, S. 129.

206. *Stargardter*, *Julius* (Hagen), Über die gehäuften kleinen Anfälle bei Kindern. Jb. f. Kinderheilk. 45, S. 230.

207. *Stassen*, *N.* (Lüttich), The campaign against miner's nystagmus fn the coaliery district of Liège. Journ. of industr. hyg. 2, H. 12.

208. *v. Steinau-Steinrück* (Blankenburg i. T.), Über die Verwertung psychotherapeutischer Kriegserfahrungen, insbesondere über Hypnose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 69, S. 209. (S. 167*.)



209. *Stern, Adolph*, Some observations on character changes in neurotics. Am. med. j. 27, H. 6.
210. *Stern, Felix* (Kiel), Beiträge zur Pathologie und Pathogenese der Chorea chron. progr. Arch. f. Psych. 63, S. 37.
211. *Stuchlík, Jaroslav* (Kosiče), Problem der Periodizität bei Epilepsie. Vortr.-Ber. Cas. cesk. lék. H. 28.
212. *Stüber, Felix* (Lüneburg), Die erbliche Belastung bei der Epilepsie. Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 25, S. 361.
213. *Tannenbaum, S. A.*, Analysis of a case of hysteria with facial paresthesia. Psych. u. Eros 2, H. 2—4.
214. *Taylor, James*, A clinical lecture on epilepsy considered as a symptom, not a disease. Brit. med. j. H. 3131, S. 4.
215. *Tetzner, H. L.* (Zittau), Ein Fall von Polyneuritis mit erhaltenen Kniesehnenreflexen. Berl. klin. Wschr. S. 1494.
216. *Tobias, Ernst* (Berlin), Über einen Fall von Claudicatio intermittens des linken Arms und beider Beine. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 70, S. 309.
217. *Trömner, Ernst* (Hamburg), Gehstottern und Rindenkrampf. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 72, S. 155. (S. 168*.)
218. *Tucker, Beverley R.*, Consideration of the classification of recurrent convulsions. Southern med. j, 14, H. 11. (S. 168*.)
219. *Vallery-Radot, P.*, Dysthyreoidies familiales et dégénérescences héréditaires. A. internat. de N. 2, H. 1.
220. *Vogt, Cécile* (Berlin), Einige Ergebnisse unserer Neurosenforschung. Naturwissenschaften S. 346. (S. 165*.)
221. *Walsh, James J.*, Neuroses and psychoneuroses and the therapeutic value of food. Intern. clin. 3, p 156. (S. 167*.)
222. *Weber, L. W.* (Chemnitz), Zur Begutachtung der Kriegsneurotiker. Deutsche med. Wschr. S. 1094. (S. 167*.)
223. *Weinberg, Wilh.* (Stuttgart), Das Geschlechtsverhältnis bei Basedow und seine Ursachen. Münch. med. Wschr. S. 1157.
224. *Weißenfeld, Felix*, Blutbefunde bei Krampfanfällen. Neurol. Ztbl., Erg.-Bd., S. 140. (S. 169*.)
225. *Weitz, W.* (Tübingen), Über die Vererbung bei der Muskeldystrophie. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. 72, H. 3—4.
226. *Weygandt, W.* (Hamburg), Psychische Störungen bei Adiposogenitaldystrophie. Vortr.-Ber. Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 26, S. 64. (S. 172*.)
227. *Derselbe*, Psychische Störungen bei hypophysärer Fettsucht. Münch. med. Wschr. S. 1356. (S. 172*.)
228. *Wick* (Düsseldorf), Gutachtliche Schwierigkeiten. Ein Fall von doppelseitiger Mydriasis mit Akkommodationslähmung, zugleich ein Beitrag zu hysterischen Pupillen- u. Farbensinnstörungen. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 18.

229. *Wilson, George* (Philadelphia), The diagnostic significance of jacksonian epilepsy. Journ. of the Amer. med. ass. 76, p. 842.

230. *Wollenberg, R.*, Neuere Anschauungen über die Hysterie. Ztbl. f. Ophth. u. ihre Grenzgeb. 4, S. 273.

231. *Wuth, O.* (München), Über Epilepsie. Vortr.-Ber. Ztbl. f. d. ges. Neurol u. Psych. 26, S. 565.

232. *Wyrsch* (Zürich), Zur Frage der geographischen Verbreitung und poliklinischen Behandlung der Epilepsie. Schweiz. med. Wschr. Nr. 51.

233. *Zalla, M.* (Florenz), La cura sintomatica dell' epilessia con la feniletilmalonilurea. Riv. di pat. nerv. e ment. 25, p. 366. (S. 169*.)

234. *Zangger, Theodor*, A note on the treatment of nervous insomnia. Lancet 200, p. 172.

235. *Zanoni, G.*, Contributo allo studio del gozzismo. Tumori p. 277.

236. *Zielinski, Edward*, Anatomische Grundlage der Epilepsie. Gaz. lek. p. 141.

237. *Zimmermann*, Dr. jur., *Fritz* (Essen), Der Heilungszwang bei Unfallneurosen. Deutsche med. Wschr. Nr. 6. (S. 168*.)

238. *Derselbe*, Bemerkungen über Unfallneurosen. Ztschr. f. Bahnärzte Nr. 7. (S. 168*.)

239. *Zweig, Hans* (Wien), Zur Frage der Sensibilität bei Paralysis agitans. Med. Klin. S. 992. (S. 170*.)

Bings Lehrbuch der Nervenkrankheiten (15) ist in 2. Aufl. erschienen und kann auch in der erneuten Form unbedingt empfohlen werden. — Eigenartig sucht *Singer* (198) dem Praktiker die neurologische Diagnostik zu erleichtern, indem er an das „führende Symptom“ anknüpft und von hier aus die verschiedenen Möglichkeiten bespricht; ich halte seinen meist klar geschriebenen, leider mit Druckfehlern etwas reichlich versehenen Leitfaden für einen glücklichen Wurf. — *Siebert* (195) behandelt die Stellung der Neurosen zueinander und zu den Psychosen und warnt vor dem Unterschätzen neurotischer Symptome bei der Beurteilung des Krankheitsprozesses; die folgerichtige Bewertung der abnormen Körper- und Geistesreaktionen sei wichtiger als die Diagnose nach modernster Nomenklatur. — *Christoffel* (32) schreibt über nervöse Störungen populär vom *Freud*schen Standpunkt aus. — *Reichardt* bespricht kurz und klar unter Hysterie (165) 1. die kindliche und Entwicklungshysterie, 2. die soziale Hysterie und 3. den hysterischen Charakter, unter Neurasthenie (166) 1. die exogene nervöse Gehirnerschöpfung, 2. die reaktive und 3. die rein aus inneren Ursachen entstehende endogene Nervosität. — *C. Vogt* (220) kommt u. a. zu folgenden anderen Ergebnissen als *Freud*: 1. nicht nur sexuelle Traumen; 2. bei konstitutionellen Neuropathen kommen in Art und Intensität nicht andere Erlebnisse zutage als bei Normalen; 3. diese sind gewöhnlich nicht verdrängt, gute Selbstbeobachter geben sogar an, daß die Erinnerung die Krankheitserscheinungen hervorruft oder steigert; 4. statt der Verdrängung besteht meist ein Nichtvergessenkönnen affektvoller Erlebnisse (Dysamnesie). Dysamnestiker kommen auch außerhalb der Hysterie zu Idiosynkrasien



und Perversitäten. Ursache der Dysamnesie: Unmöglichkeit genügender Entladung der durch das affektive Erlebnis geschaffenen psychophysischen Spannung, deren der konstitutionelle Psychopath am meisten bedarf; da Sicherheitsventile gegen solche Spannung in der Kindheit noch nicht so ausgebildet sind, entstehen in dieser besonders leicht Komplexe. Später wecken stark gefühlsbetonte Erlebnisse frühere Komplexe durch die assoziierende Kraft der Affekte und bringen so die durch jene bestimmten Erscheinungen zum Durchbruch oder Neuauftreten. — *Mörchen*(142) sieht in der Neurose nicht eine Krankheit, sondern die Vortäuschung einer solchen als atavistische Verteidigungswaffe schwächerer Anlage; im Dienste der Psychotherapie sei jedoch oft auch eine physikalische Behandlung (141) ein wertvolles Hilfsmittel. — *Oettli* (151) betrachtet die hysterische Reaktion als machtwerbende Ausdrucksbewegung eines Leidenden, der weder den Leidbringer unterwirft noch durch Resignation sich innerlich befreit. — *Lewin* (124; vgl. Lit.-Ber. 78, S. 83) setzt sich mit *Kretschmer* auseinander und wendet sich namentlich gegen die Hypobulik, betont daneben auch das Gemeinsame, das zwischen seinen und *Kretschmers* Ausführungen besteht. — *Löwenstein* (126) fand bei experimenteller Untersuchung der unbewußten Bewegungen von Kopf- und Extremitäten, die die psychischen Vorgänge begleiten, daß im hysterischen Schlafzustand verschiedenartige Suggestivreize verschiedenartige Bewegungen veranlassten, daß bei hysterischer Taubheit und Schwerhörigkeit geflüsterte gleichgültige Suggestionen anders wirkten als affektbetonte, daß Schmerzreize an analgetischen Hautstellen wesentlich andere Bewegungen auslösten als bloße Berührungen, daß von den blinden Zonen des hysterisch eingeengten Gesichtsfeldes aus gleiche Reaktionen erzeugt wurden als von den sehenden, und daß die unbewußten Bewegungen sich auch auf hysterisch gelähmte Glieder erstreckten, ja, daß bei hysterischer Amnesie die Vorstellung angeblich nicht erinnerter Vorgänge besondere Gefühlsbetonung zeigte. Bei hysterischem Zittern findet ein häufiger Wechsel sowohl der Schwingungsrichtung wie der Schwingungsdichte statt, und der hysterische Reflexablauf kommt dadurch zustande, daß zur ersten Stoßkraft weitere hinzutreten, die Willensimpulsen entsprechen. L. schließt daraus, daß der objektive Krankheitswert des einzelnen hysterischen Symptoms gering ist, und daß die hysterischen Erscheinungen nur im Zusammenhang mit den psychotischen beurteilt werden können. — *Alrutz* (2) erzeugte bei Hysterischen in der Hypnose nicht nur suggestiv, sondern auch durch Passes (Striche ohne Berührung) Änderungen der Sensibilität und Motilität, die je nach Zahl und Richtung der Passes verschieden ausfielen, obwohl suggestive Einflüsse anscheinend ausgeschlossen waren. In dieser Möglichkeit, hysterische Erscheinungen durch ein objektives Verfahren hervorzurufen und nach Art und Stärke zu bestimmen, sieht *A.* einen besonderen Wert seiner auch sonst bemerkenswerten Versuche. — *Eichelberg* (52) beobachtete in 2 Fällen hysterisches Fieber, das er in 1 Falle auch mehrmals hypnotisch erzeugte und beendete. — *Bunnemann* (27) konnte in 2 Fällen psychogenen fluor albus einwandfrei feststellen u. hypnotisch heilen, in 1 Falle auch hypnotisch neu hervorrufen. — *Friedländer* (65) beobachtete hysterische Gehstörungen und Vagotonie bei einem 70jährigen. — Nach *Sarabia y Pardo* (183) kann man erst vom 3. Lebensjahre ab von Hysterie oder



hysterischen Erscheinungen sprechen, da vorher Psyche und Gehirn noch nicht soweit entwickelt sind, daß man die hysterisch anmutenden Erscheinungen, die man beobachte, als hysterisch auffassen könne.

Schroeder (185) warnt vor der so häufigen alleinigen oder übertriebenen Bewertung körperlicher Begleiterscheinungen bei konstitutionell oder periodisch Verstimmten.

Freitag (64) sieht auf Grund von 14, darunter 5 eigenen, Fällen die meisten funktionellen Schreibstörungen als Teilerscheinungen verschiedener Neurosen an und hebt die Wichtigkeit dieser Auffassung für die Behandlung hervor.

Herbert (81) beschreibt 3 Fälle, in denen die nach dem Kriege aufgetretene Neurose durch Psychoanalyse und ihren Erfolg auf die Rückkehr in die früheren Friedensverhältnisse und die plötzliche Wiederaufrichtung der im Felde gelockerten Schranken des Sexualtriebs zurückgeführt wurde. — *Weber* (222) weist im Anschluß an 2 Gutachten darauf hin, daß die Nachwirkung von Schreck oder Erschöpfung, die keine organischen Veränderungen machten, nach Jahren im allgemeinen abgeklungen und ein Zusammenhang nervöser Beschwerden damit kaum je anzunehmen ist. — Nach *Bickel* (14) sind unter den Bonner Studenten funktionelle Neurosen nach dem Kriege nicht häufiger als vorher; 41% führen ihre Neurose oder deren Verschlimmerung auf den Krieg zurück, sie stellen aber keine Rentenanträge. Die Nachkriegsneurose ist meist Militärrentenneurose und als Dienstbeschädigung abzulehnen; manche Pat. führen ihre Nervosität wie die Studenten in gutem Glauben auf den Krieg zurück. — *Schultz* (187) hat in einem Militärlazarett eine einfache Methode zur Prüfung der psychischen Leistungsfähigkeit zusammengestellt, die bei der Vergleichung verschiedener Erkrankungen und Erholungsstufen bemerkenswerte Ergebnisse brachte. — *v. Steinau-Steinrück* (208) berichtet über seine psychotherapeutischen Kriegserfahrungen im Nervenlazarett Triberg und empfiehlt auch für die Friedenszeit als in vielen Fällen geeignet füe den Beginn der Behandlung namentlich die *Kehrer*sche Verbindung von Hypnosmit gelinder Exerzierkur, bei sehr labiler Psyche mit anschließendem Erholungsschlaf und Suggestion völliger Amnesie.

Kollarits (107) schildert „Stacheldrahterscheinungen in Lungenkurorten", die sich im unruhigen Verlangen, fortzukommen, Erregung und Depression, Schlaf- und Appetitlosigkeit mit schädlicher Wirkung auf das körperliche Befinden, oft auch in Mißtrauen, Zanksucht usw. äußern.

Walsh (221) führt in bewußt einseitiger Einstellung einen großen Teil der Neurosen und Psychoneurosen auf Unterernährung zurück; also Steigerung der Nahrungszufuhr! Suggestion dient zur Bekämpfung der vielfachen dyspeptischen Beschwerden nach dem Essen und der Angst vor zu vielem Essen oder vor bestimmten Nahrungsmitteln; daneben Tonica und Stomachica. — *Kreß* (108) empfiehlt bei hartnäckiger Stuhlträgheit Nervöser Aperitol (Riedel) in kleinen Gaben, das sichere Wirkung mit dauernder Verträglichkeit ohne Gewöhnung vereine und durch die Verbindung des Phenolphthaleins mit den sedativen Baldriansäuren besonders für Nervöse geeignet sei. — *König* (105) heilte hysterische Bewegungsstörungen und einmal hartnäckige Schmerzen nach entsprechender Vor-



bereitung mit dem faradischen Pinsel und hält die Suggestion für das vorwiegend Wirksame. — *Schultz* u. *Reichmann* (188) zeigen an 3 Fällen, daß auch bei gebildeten Friedensneurotikern, die durch schwere Konflikte krank geworden, verhältnismäßig einfache Psychotherapie bisweilen rasch zur Heilung führt. — *Zangger* (234) bessert den Schlaf oft durch Behandlung von Zirkulations- oder Verdauungsstörungen und verbindet bei rein nervöser Schlaflosigkeit medikamentöse und psychische Behandlung: erst Veronal oder Dial-Ciba, damit Pat. schläft und Vertrauen gewinnt, dann allmählich NaBr. statt jenes einschiebend und einen oder einige Monate damit heruntergehend, schließlich Lecithin als Tonikum; daneben psychische Behandlung, ev. Entfernung aus der häuslichen Umgebung.

Trömner (217) beschreibt einen weiteren Fall von „Geh-Stottern" und verteidigt seine Auffassung dieser Erscheinungen gegenüber der von *Rülf* (s. L.-B. 74, S. 94*).

Zimmermann (237 u. 238) tritt dafür ein, daß für Unfallneurotiker Behandlungszwang gesetzlich eingeführt werde, auch sollte nicht nur auf Antrag des Kranken, sondern auch auf ärztlichen Rat eine Abfindung zwangweis zugebilligt werden können, die den Betrag einer gleichbleibenden oder fallenden Rente auf 3 Jahre längstens, nach dem Arbeitseinkommen vor dem Unfall berechnet, nicht überschreiten solle.

Knapp (103) modifiziert seine früheren Ausführungen („Geschwülste des r. u. l. Schläfenlappens", Wiesbaden 1905, u. „Tumoren des Schläfenlappens", Ztschr. i. d. ges. Neurol. u. Psych. 42) dahin, daß das kortikale Zwerchfellzentrum nicht in der Nähe des faciolingualen, sondern im Fuß der 2. Stirnwindung liegt; vielleicht befinde sich auch noch ein zweites in der Nähe des Fußes der vorderen Zentralwindung.

Knorr (104) konnte *Criles* Beobachtungen von charakteristischen Veränderungen der Purkinjeschen Zellen beim Schock an Meerschweinchen und Kaninchen nicht bestätigen.

Tucker (218) teilt sich wiederholende Krämpfe ein: 1. erbliche Gruppe, 2. toxische (selten), z. B. bei Vergrößerung der Schilddrüse, 3. nach Geburtstraumen, 4. Jacksonsche Epilepsie bei Herderkrankung des Gehirns, 5. Druck von Hirngeschwülsten, 6. Rindenblutung (selten), 7. Syphilis, 8. Arteriosklerose, 9. Mangel an Hypophysissekret (Auftreten während der Pubertät mit sonstigen Erscheinungen von Hypophysisdysfunktion, Abweichungen der Sella turcica bei Durchleuchtung, Besserung durch Hypophysenextrakt), 10. Schwankung des Blutdrucks, z. B. bei leichter Nephritis.

Fischer (61) veröffentlicht frühere Versuche an Kaninchen, die ihm die Krampffähigkeit nicht lediglich als Fähigkeit des Gehirns, sondern als solche des Gesamtorganismus erwiesen und im peripheren Anteil die Nebennieren als besonders wichtig aufzeigten. Ferner begründet er (60) in sehr bemerkenswerten Ausführungen die Ansicht, daß am Krampfmechanismus neben dem animalischen NS. auch sehr wesentlich das extrapyramidale Bewegungssystem, das vegetative NS. und das Nebennierensystem beteiligt sind. *F.* und *Schlund* (62) fanden bei Faradisation von Krampfkranken eine Verschiebung im Leukocytenbilde, das Gesunde



nicht zeigten, und das im ganzen dem entsprach, wie es im Krampf, bei aktiven u. passiven Bewegungen, bei Massage und nach Adrenalineinspritzung festgestellt ist. Mehrmals wurden durch die Faradisation aura-ähnliche Gefühle und einmal ein submanischer Zustand ausgelöst; nachher bestand oft Schlafbedürfnis. Auch diese Wirkungen blieben beim Gesunden aus.

Weißenfeld (224) fand in Übereinstimmung mit der Mehrzahl der Untersucher im epileptischen Anfall eine starke Vermehrung der weißen Blutkörperchen, abhängig von der Zunahme der Lymphocyten und Mononukleären, während bei nicht epileptischen Krämpfen die Zahl der Leukozyten und Lymphozyten nur wenig vergrößert und die Leukocytenvermehrung auf Rechnung der myeloiden Zellen zu setzen war. Er schließt sich der Ansicht an, daß hierdurch eine sichere Unterscheidung zwischen epileptischen und hysterischen Krampfanfällen möglich sei. Die Veränderung im epileptischen Anfall stütze *Kräpelins* Ansicht, daß Stoffwechselstörungen die Ursache der genuinen Epilepsie bilden.

Noervig (149) fand während des psycho-epil. Anfalls NH^3 im Blut vermehrt, den U-Gehalt im Blut gewöhnlich geringer als normal.

Snell (201) kommt auf Grund von 352 sicheren Fällen genuiner Epilepsie aus der *Kräpelin*schen Klinik zu dem Ergebnis, daß bei genuiner Epil. die erbliche Belastung eine noch größere Rolle spielt als bei Geisteskrankheiten im allgemeinen, und daß die erbliche Belastung und zwar besonders die direkte Belastung mit Nervenkrankheiten bei genuin Epileptischen bedeutend höher ist als bei Gesunden (*Diem*), Paralytikern (*Kalb*) und Geisteskranken (*Koller-Diem*), während bei ihnen die Belastung mit Geisteskrankheiten nur halb so groß ist als bei Geisteskranken. Daß väterliche Trunksucht bei mehr als einem Viertel der Epil. sich findet, deute darauf hin, daß eine vorhandene Krampfanlage durch Trunksucht des Vaters verstärkt werde.

Klieneberger (102) beschreibt 3 Fälle syphilitischer Epilepsie bei jugendlichen Psychopathen, die sich durch Ausschweifungen schwer geschädigt und besonders starke antiluische Kuren durchgemacht hatten.

Rosenhain (170) beobachtete eigentümliches Hinken im epileptischen Dämmerzustand bei einem Soldaten, der 4 J. vorher nach einer Beinverletzung einige Wochen ähnlich gehinkt hatte, sich aber dessen bei klarem Bewußtsein nicht mehr erinnerte. *R.* bestreitet (171) das Vorkommen von Reflexepilepsie.

Eliasberg (53) bespricht an der Hand von Beispielen die besonders ernste Prognose der traumatischen Epilepsie und rät bei Eintritt des status epil. zur Operation und Fortnahme von Narben und vor allem von Zysten.

Köster (106) sah bei Epileptikern im Gegensatz zu anderen Angaben keine üblen Folgen von Alttuberkulinbehandlung, wenn er mit sehr kleinen Dosen begann und vorsichtig steigerte.

Roubinovitch u. *Lauzier* (174) fanden Luminal bei Epil. besonders wirksam nach vorheriger Brombehandlung; oft sahen sie auch psychische Besserung, nur 2mal kurze Erregungszustände nach Luminal. — Auch *Zalla* (233), der Luminal gern mit Atropin und Hyoscin verbindet, sah günstige Wirkung nicht nur auf die



Anfälle, sondern hierdurch auch auf den Geisteszustand. — *v. Klebelsberg* (100) wandte Nirvanol trotz dessen Gefährlichkeit mit gutem Erfolge bei Epil. an.

Speer (208) heilte 2 Fälle von Aczessoriuskrampf auf psychotherapeutischem Wege.

Entres (55; kurze Zusammenfassung 54) stellte in sorgfältiger Arbeit fest, daß zwischen Huntingtonscher Chorea und Epilepsie keine Wesens- und Erbgemeinschaft besteht, wenn auch anfallartige Zustände im Verlauf der H. Ch. auftreten, daß die H. Ch. nur durch direkte und gleichartige erbliche Übertragung entsteht, daß sie also durch Verhinderung des Hineinheiratens in choreatische Familien verhütet werden kann, daß aber die Ehe mit Mitgliedern von gesund gebliebenen Zweigen solcher Familien unbedenklich ist. — Auch *Harms zum Spreckel* (76), der in der Nachkommenschaft einer an Hunt. Chorea erkrankten, 1844 verstorbenen Frau innerhalb der nächsten 4 Generationen 22 an der gleichen Krankheit Leidende nachwies, fand stets direkte Vererbung ohne freies Zwischenglied und konnte kein Anteponieren des Krankheitsbeginns feststellen.

Maas (128) sah nach Abtragung des Hirnrindenzentrums für den l. Arm, die zur Beseitigung choreatisch-athetoider Bewegungen vorgenommen war, zwar nur vorübergehende Besserung, aber auch keine spastische Parese.

Zweig (239) weist im Anschluß an 2 Fälle von Paralysis agitans mit organischen Sensibilitätsstörungen besonders des Schmerz- und Temperatursinns auf der motorisch stärker ergriffenen Seite darauf hin, daß die nach den neueren Anschauungen der path. Anatomie für Par. ag. in Betracht kommenden Stellen — Thal. opt., Nucl. ruber, Nucl. caud., Bindearm, Großhirnschenkel — in naher Nachbarschaft sensibler Bahnen liegen.

Borries (23) handelt im Anschluß an eigne Beobachtungen über Kopfnystagmus in Verbindung mit und an Stelle von Augennystagmus.

Somer (202) beschreibt eine periodische, stets rechtseitige Okulomotoriuslähmung ohne Zusammenhang mit Migräne und führt sie in diesem Falle, wo die Lähmung teils auf Kälteeinwirkung, teils unter Erscheinungen einer Allgemeininfektion eintrat und unter Diaphorese bald heilte, auf Neuritis des Okulomotorius zurück, der vor seinem Eintritt in die fiss. orb. sup. wegen der Nähe der pneumatischen Höhlen einer infektiösen Entzündung sehr zugänglich sei.

Siebert (196) sah bei Neuritis ulnaris (nach Flecktyphus) mit schwerer Muskelatrophie, EAR., Krallenhand usw. ausgezeichnete Bewegungsfähigkeit der paretischen Muskeln eintreten, als Pat. Typhus abd. bekam. Die Besserung, die sich auf die Woche des Fieberanstiegs beschränkte, wird von *S.* auf Reizung noch nicht zerfallener Nervenfasern durch toxische Stoffe zurückgeführt und der vorzüglichen Wirkung des Vaccineurins zur Seite gestellt.

Bolten (22) glaubt nicht an das Vorkommen einer eigentlichen Neuritis ascendens, wohl aber gibt es, wenn auch selten, eine Lymphangitis nervorum asc., von der *B.* einen Fall anführt.

Bolten (21) gibt folgende ätiologische Einteilung der essentiellen Trigeminusneuralgien: 1. nur hereditäre Belastung und neuropathische Disposition, 2. Ernährungs- und Zirkulationsstörungen, 3, Infektionskrankheiten, 4. Vergiftungen,

5. Dyskrasien, 6. rheumatische Trig.-N., für die leichte Vasomotoreninsuffizienz wahrscheinlich Vorbedingung ist. *B.* warnt vor Alkoholinjektion in das Gangl. Gasseri und empfiehlt lange Behandlung mit hochfrequenten Wechselströmen nach *d'Arsonval*, die durch mehrstündige Hyperämie eine leichte Periostitis günstig beeinflussen können.

Kastan (93) bringt 4 Fälle familiärer Paramyotonie, 3 Fälle verschiedenartiger Vereinigung von Dystrophien mit myotonischen oder paramyotonischen Erscheinungen und 1 Fall periodischer Lähmung, in dem durch Nebennierenextrakt den spontanen gleiche Anfälle hervorgerufen werden konnten.

Münzer (146) erörtert, inwieweit innersekretorische Vorgänge, die ja zweifellos psychische Wirkungen, vor allem auf die Affektibilität, haben, für die Psychiatrie in Betracht kommen können. Namentlich manisch-depressives Irresein und Schizophrenie, Periodizität und starke Körpergewichtsschwankungen werden mit der inneren Sekretion in Verbindung gebracht und von hier aus therapeutische Aussichten gewiesen. — *Hart* (78) nimmt in Verallgemeinerung einzelner experimenteller und anderer Beobachtungen an, daß Einflüsse der Umwelt, wie Klima und Ernährung, durch Vermittlung endokriner Drüsen auf den Organismus wirken, und daß so auch eine Vererbung erworbener Eigenschaften möglich ist. — *Mohr* (143) bespricht die Beeinflussung der endokrinen Drüsen vom Gehirn aus und bringt neben anderen Beweisen die Krankengeschichte eines 26j. Mädchens, das, luisch belastet, mit 16 J. im Anschluß an Retinitis luica schwere seelische Schocks erlitt, alles Erotische ganz aus dem Bewußtsein verdrängte und so zum völligen Aufhören der Pubertätsentwicklung kam. Nach Aufdeckung der psychischen Ursachen dieser Störung und Aufklärung setzt die Pubertätsentwicklung wieder ein: Menses regelmäßig, Brüste und Uterus entwickeln sich normal, Gesamtzustand blühend. — *Frisch* (67) besserte einen Fall von pluriglandulärer endokriner Insuffizienz wesentlich durch antiluische Behandlung und betont, daß, wie in seinem, so in den meisten Fällen eine hochfieberhafte schwere Erkrankung mit Ödemen voranging, und mit *Curschmann*, daß die Symptomatologie der Insuffizienzerscheinungen innersekretorischer Drüsen einen sicheren Rückschluß auf den anatomischen Zustand derselben nicht gestattet.

Kretschmer (110) betont im Anschluß an sein Buch über Körperbau und Charakter die Häufigkeit von Sexualanomalien bei Schizophrenen und die schizophrenen Charakterzüge (Autismus und Mangel an Antrieb und Interesse) bei Eunuchoiden, deren Pubertätsentwicklung leichtem schizophrenen Versanden oder leichtem schizophrenen Schub durchaus gleichen könne. Auch bei Psychopathen finden sich Pubertätsstörungen, die Beziehungen zum Eunuchoidismus erkennen lassen.

Die Basedowsche Erkrankung, die *Schmidt* (184) streng vom Thyreoidismus trennt, beruht nach ihm auf pathol. Umwandlung des Thyreoideasekrets, welches starkes Dispergierungsvermögen zeigt; das Blutserum läßt bei Basedow fein verteiltes Jodsilber verspätet oder gar nicht, dagegen bei Thyreoidismus und noch mehr bei Myxödem früher als in der Norm ausfallen. — *Rautmann* (164) hebt hervor, daß, wenn auch von der Steigerung der Schilddrüsenfunktion Tachykardie, Exophthalmus, nervöse Erregbarkeit und Stoffwechselsteigerung abhängen, doch



auch nervös-psychische Erregungen oder Erkrankungen anderer innersekretorischer Drüsen ebenso wie primäre Schilddrüsenerkrankung zu Morb. Bas. führen. — *Melchior* (136) unterscheidet Basedowfälle, bei denen vorwiegend das NS. beteiligt ist, und die häufig sprunghaften Wechsel der Erscheinungen zeigen, von solchen, bei denen erhöhte funktionelle Tätigkeit der Schilddrüse die wesentliche Ursache darstellt und sich durch stärkeres Klopfen der Thyreoidealarterien, Schwirren oder Expansivpuls verrät, öfters auch eine rasche, progrediente Entwicklung der Allgemeinerscheinungen hervortritt, bisweilen mit gleichzeitiger Vergrößerung des Kropfes. Bei operativem Eingriff legt *M.* auf ausgiebige Verkleinerung der Drüse Wert.

Slauck (200) stellte bei Myxödem zirkuläre Muskelbinden, wie sie bei dystrophischer Myotonie gefunden sind, nur in viel größerer Anzahl fest und bringt hiermit die Ähnlichkeit der Muskelreaktion auf elektrische Reizung bei Myxödem und Myotonie in Verbindung. — *Bäumler* (7) warnt im Anschluß an einen über 20 J. behandelten Fall von angeborenem Schilddrüsenmangel vor Schilddrüsenverfütterung bei Myxödem; genaue Dosierung und Ausschluß schädigender Stoffe wird nur durch Jodothyrin u. dgl. Präparate ermöglicht.

Weygandt (226 u. 227) bringt eine Reihe von Fällen hypophysärer Fettsucht und macht auf das dabei häufige Zusammentreffen von Schwachsinn mit heiterer Stimmung und harmlos unruhigem Verhalten aufmerksam. — *Ranschburg* (163) empfiehlt auf Grund zweier Fälle bei Geschwülsten der Sellaregion, namentlich in Fällen mit Dystrophia adiposogenitalis, vor dem operativen Eingriff die Strahlenbehandlung zu versuchen, da sie gefahrlos sei und der Erfolg so rasch eintrete, daß der Zeitverlust nicht in Betracht komme; in seinen Fällen begann die Besserung 7 und 10 Tage nach der 1. Bestrahlung.

Bolten (20) führt die Akroparästhesie nicht auf Arterienkrampf, der stets mit Druckerhöhung und besserer Durchblutung einhergehe, sondern auf Erweiterung der großen Gefäße, Sinken des Blutdrucks und Anhäufung des Blutes in den großen Bauchgefäßen, somit auf Insuffizienz des Sympathikus zurück. Auch die vasovagalen Anfälle (*Gowers*) und die Angina pectoris vasomotoria leitet er (19) von einer Herabsetzung des Sympathikustonus und Blutdrucksenkung ab.

Hirsch (83) fand in 12 Fällen von dystrophischem universellen Infantilismus neben dem allgemeinen körperlichen und geistigen Entwicklungsstillstand eine erhebliche Verzögerung der normalen männlichen Geschlechtsreife, Anzeichen von lymphatischem Habitus und von funktioneller Beeinträchtigung des vegetativen NS.s, meist schwache Entwicklung der Schilddrüse oder Anzeichen einer Störung der Hypophysisfunktion. Alle Pat. waren unter ungünstigen hygienischen Verhältnissen aufgewachsen und zeigten auffällige Erscheinungen seit dem Winter 1919; es handelte sich um Blockadefolgen.

Pönitz (160) behandelte verschiedene organische Nervenerkrankungen mit intravenösen Einspritzungen von Preglscher Jodlösung; bei 2 von 7 Paralytikern besserten sich deutlich Ernährung und psychische Erscheinungen, bei den übrigen kam es zum Stillstand im Befinden. Bei 2 (nicht-paralytischen) Pat. mit eitrigen Prozessen ließ sich nach der Einspritzung im Urin nicht wie sonst Jod nachweisen.



7. Intoxikations-Psychosen.

Ref.: Schütte-Langenhagen.

1. *Alexander* (Brüssel), Intoxication chronique par la scopalamine. Scalpe ann. 74, no. 14.
2 *Amaldi*, *Paolo*, Il vino causa principalissima dell' alcoolismo in Italia. Riv. sper. di fren., Archivio per le malattie nerv. e ment. ann. 45, fasc. 1/2, p. 86.
3. *Belloni*, *G.* (Brescia), Contributo allo studio delle psicosi post-influenzali. Osservazioni su 40 casi. Annal. di nevrolog. ann. 38, fasc. 3.
4. *Bianchi*, *Gino* (Parma), Psicosi halluzinatoria acuta consecutiva ad atto operativa con rachianestesia in un alcoolista. Policlin., sez. prat. ann. 28, fasc. 44.
5. *Blair*, *Thomas S.*, Present and contemplated antinarcotic legislation. New York med. journ. vol. 113, no. 2, p. 51.
6. *Bleuler*, *E.* (Zürich), Unsere Stellung zur Alkoholfrage. Vortrag, Schweiz. V. f. Psych., Zürich, Nov. 1920. Ber.: Schweiz. Archiv f. Neurol. u. Psych. Bd. 8, H. 2, S. 308.
7. *Bluhm*, *Agnes*, Einfluß des Alkohols auf die Fortpflanzung weißer Mäuse. Vortrag, Tagung der Erblichkeitsforscher, Berlin, August 1921. Ber.: Deutsche med. Wschr. Nr. 35, S. 1043. (S. 177*.)
8. *Boehnheim*, *Felix*, Über akute Veronalvergiftung. Med. Klin. Nr. 42, S. 1263.
9. *Bolten*, *G. C.* (Haag), Eine besondere Erscheinung der Morphium-abstinenz. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 49, H. 5, S. 307. (S. 178*.)
10. *Bonsmann*, *M. R.* (Köln), Über Jodismus bei Potatoren. Münch. med. Wschr. Nr. 52 S. 1676.
11. *Bostroem*, *A.* (Rostock-Gehlsheim), Über Leberfunktionsstörung bei symptomatischen Psychosen, insbesondere Alkoholdelirien. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 68, S. 48. (S. 177*.)
12. *Brauer*, *Ludolph* (Hamburg-Eppendorf), Behandlung einer schweren akuten Morphiumvergiftung unter Anwendung der Tracheatomie. Therapie d. Gegenwart H. 1, S. 6 u. Rev. med. de Hamburgo ann. 2, no. 4.
13. *Breitung*, *H.* (Roda), Ein Beitrag zur Kenntnis der psychischen Störungen nach Kohlenoxydgasvergiftung. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 3, S. 273. (S. 179*.)
14. *Cholzen*, *Fr.* (Breslau), Welchen Einfluß hat die Abnahme des Alkoholismus auf die Geistestörungen? Vortrag, Ostdeutscher Psychiatertag, Breslau 1920. Ber.: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 23, H. 3, S. 144.
15. *Christoffel*, *H.* (Basel), Psychosen bei Grippe. Schweiz. Archiv f. Neurol. u. Psych. vol. 8, H. 1, S. 122. (S. 180*.)

16. *de Clérambault* (Paris), Diminuition et modification des délires alcooliques à la suite des mésures législatives et administratives prises pendant la guerre. Ann. méd.-psychol. ann. 79, no. 1, p. 45.

17. *Colla*, (Bethel-Bielefeld), Begründung eines Antrags „Entwurf zu einem Trinkerversorgungsgesetz". Deutscher Verein f. Psych., Dresden, April 1921. Ber.: Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 25, no. 8, S. 524.

18. *Coronedi*, *G.* (Firenze), L'attuale epidemia di cocainismo. Giornale di clin. med. ann. 2, fasc. g.

19. *Damaye*, *Henri*, Predisposition aux troubles mentaux, créée pendant la guerre par des maladies infectieuses et l'ethylisme. Accès d'alcoolisme onirique avec tentation homicide. Progrès méd. ann. 48, no. 37.

20. *Doane*, *Joseph C.*, Some manifestations of alcoolisme. Med. Clin. of North America, Philadelphia vol. 4, no. 4.

21. *Dobnigg* und *v. Economo*, *C.* (Wien), Die hereditäre Belastung der Dipsomanen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 3, S. 383. (S. 177*.)

22. *Dominguez*, *Juan A.*, Opiumsucht. Semana méd. ann. 28, no. 22, p. 646.

23. *Dragotti*, *G.*, Cocaina e cocainismo. Policlin., sez. prat. ann. 28, fasc. 33.

24. *Dresel*, *E. G.* (Heidelberg), Die Ursachen der Trunksucht und ihre Bekämpfung durch die Trinkerfürsorge in Heidelberg. Heidelberger Abh. a. d. Geb. d. Kriminalpsych. H. 5. Berlin, J. Springer. 125 S. 69 M.

25. *Edelmann*, *F.* (Dresden), Ein Beitrag zur Vergiftung mit gasförmiger Blausäure, insbesondere zu den dabei auftretenden Gehirnveränderungen. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 72, Nr. 5/6.

26. *Engelen*, *P.* (Düsseldorf), Soziale Prophylaxis des Alkoholismus. Allg. med. Zentralztg. Nr. 29, S. 169.

27. *Flaig*, *J.* (Berlin-Wilmersdorf), Von den gesundheitlichen Wirkungen des amerikanischen Alkoholverbots. Referat der Arbeit von *Cora Frances Stoddard* über „einige gesundheitliche Gewinnposten in New York unter dem Alkoholverbot". Öffentl. Gesundheitspfl. H. 9.

28. *Freund*, *Franz* u. *Herschmann*, *H.* (Wien), Über Schädigungen der zerebellaren und vestibularen Apparates durch Veronal- und Luminalvergiftung, nebst einigen Bemerkungen über die Veronalpsychose. Med. Klin. Nr. 24, S. 716.

29. *Gerstmann*, *J.* (Wien), Eigenartiger psychischer Folgezustand nach Leuchtgasvergiftung bei einem Selbstmörder. Demonstration, Ges. d. Ärzte, Wien, März 1921. Ber.: Deutsche med. Wschr. Nr. 33, S. 978.

30. *Gordon*, *Alfred*, Unusual manifestations of heroin-intoxication and symptoms of withdrawal. The journal of the Amer. med. Ass. vol. 76, no. 14, p. 927.



l. *Günther*, *Hans* (Leipzig), Zur Pathogenese der Kohlenoxydvergiftung. Ztschr. f. klin. Med. Jg. 92, H. 1/3, S. 41.

2. *Guldmann*, *C.* (Würzburg), Über psychische Nachkrankheiten nach akuter Kohlenoxydgasvergiftung. Würzburger Abh. a. d. Geb. der prakt. Med. Bd. 20, H. 6.

3. *Hage*, *Otto* (Kiel), Über Veronalvergiftung. Vtljhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanw. Bd. 62 H. 1 u. 2, S. 19 u. 223.

4. *Heißen*, *Friedr.*, Zur Prognose der schweren Kohlenoxydpsychosen. (Aus der psychiatr. Klinik Rostock-Gehlsheim.) Psych.-neurol. Wschr. Nr. 27/28, S. 165. (S. 179*.)

5. *Jacobi*, *Walter* (Jena), Psychische Störungen nach Merkurialinjektionen — Encephalopathia mercurialis? Therap. Hlbmtschr. Nr. 9, S. 272.

6. *Janet*, *Pierre*, Alcoolism in relation to mental depression. Journ. of the Amer. med. Ass. vol. 77, no. 19.

7. *Juarros*, *César*, Die symptomatischen Morphiomanen. Siglo méd. ann. 68, p. 957. (Spanisch.)

8. *Kirby*, *George H.* (New York), Incidence of alcoholic and syphilitic psychoses. Arch. of neurol. and psych. vol. 5, nr. 4, p. 477.

9. *Kleist*, *K.* (Frankfurt a. M.), Die Influenzapsychosen und die Anlage zu Infektionspsychosen. Berlin, Jul. Springer. 55 S. 18 M.

. *Königsberger*, *Otto*, Über Morphiumvergiftungen. Inaug.-Diss. Leipzig.

. *Leppmann*, *Friedrich*, Zur forensischen Beurteilung des Kokainmißbrauchs. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 8. (S. 178*.)

. *Livet*, *Louis*, Les rêves narcotiques et leurs conséquences. Journ. de psychol. ann. 18, no. 5.

. *Mac Neal*, *Ward J.*, Pellagra. Amer. journ. of the med. sciences vol. 161, no. 4.

. *Mayer*, *Karl* (Basel), Zur Therapie der Kokainvergiftung. Schweiz. med. Wschr. Nr. 33, S. 767.

. *Mikhaïlof*, *Serge* (Petrograd), L'alcoolisme et les névroses. Arch. intern. de neurol. vol. 2, no. 1.

. *Miner*, *John Rice* (Baltimore), The gradual withdraw-method of treating morphinism. A mathematical note. Bull. of the John Hopkins Hosp., Baltimore vol. 32, no. 364.

. *Müller*, *Irmgard*, Leuchtgasvergiftungen im Kriege. Vtljhrschr. f. ger. Med. u. öffentl. Sanw. Bd. 61, H. 1, S. 1.

. *Pearson*, *C. B.*, A study of the psychopathic fears of the morfine addicts. Med. rev. of the rev. no. 10.

. *Protakis*, *B. A.* (Athen), Anatomische Veränderungen des Zentralnervensystems bei Kohlenoxydgasvergiftungen. Vtljhrschr. f. ger. Med. u. öffentl. Sanw. Bd. 62, H. 42.

). *Pollock*, *Horatio M.* (New York), Die Abnahme der durch Mißbrauch von Alkohol und sonstigen Berauschungsmitteln verursachten Geisteskrankheiten im Staate New York. (Nach einer von der Kommission



für die staatlichen Krankenhäuser des Staates New York veröffentlichten Untersuchung.) Besprechung von *J. Flaig.* Ztlbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 25, Nr. 9, S. 588. (S. 177*.)

51. *Raecke, Julius* (Frankfurt a. M.), Die Alkoholgefahr. Irrenpflege Nr. 2, S. 17.
52. *Rainsford, F. E.*, Notes on a case of Pellagra occurring in an insane patient. The journ. of mental sciences vol. 67, p. 48.
53. *Ravenswaag, A. van*, Zwei Fälle von Vergiftung mit Datura Stramonium. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. vol. 65 (I), no. 3, p. 298.
54. *Reichmann, Frida* (Dresden-Weißer Hirsch), Über Trivalinismus. Deutsche med. Wschr. Nr. 30, S. 858. (S. 178*.)
55. *Remlinger, P.* (Paris), Délire aigu rabiforme, premiére manifestation d'une fièvre typhoide rapidement mortelle. Paris méd. ann. 11, no. 31.
56. *Robida, J.*, Über psychische und nervöse Störungen nach Influenza 1918/19. Neurol. Ztbl., Erg.-Bd., S. 35. (S. 180*.)
57. *Ruge, Heinrich*, Kasuistischer Beitrag zur pathologischen Anatomie der symmetrischen Linsenkernerkrankungen bei CO-Vergiftung. (12 Fälle.) Arch. f. Psych. Bd. 64, H. 1/2, S. 150. (S. 179*.)
58. *Semerak, C. B.*, Changes in the human central nervous system in botulism. Journ. of infect. diseases vol. 29, no. 2.
59. *Siemens, F.* (Stettin), Anaphylaxie gegen Hühnerei. Berl. klin. Wschr. Nr. 47, S. 1388.
60. *Soresi, A. L.*, Psychosis following surgical operation. Journ. of nerv. and mental dis. vol. 53, no. 1, p. 24.
61. *Stanojević, L.* (Zagreb), Zur Kenntnis der Schädigungen des Zentralnervensystems durch Grippe. Ztsschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 63, S. 250.
62. *Star, Allen*, Tea-empoisoning. Med. record, New York, Nr. 12.
63. *Starobinsky, A.*, Un cas de kolainomanie héréditaire. Rev. méd. de la Suisse rom. ann. 41,no. 4.
64. *Steindorff, K.* (Berlin), Sehstörungen nach Vergiftungen. Deutsche med. Wschr. Nr. 9, S. 246. (S. 178*.)
65. *Steinthal, Erich*, Ein eigenartiger Fall Korsakowscher Psychose. (Aus der psychiatr. Univ.-Klin. Heidelberg.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 67, S. 287. (S. 178*.)
66. *Stertz, G.* (München), Amnestische Apraxie bei Kohlenoxydgasvergiftung. Vortragsbericht. (Deutsche Forschungsanstalt f. Psych. in München.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 24, S. 172.
67. *Streppel, Wilh.*, Über Opiummißbrauch. Inaug.-Diss. Greifswald.
68. *Stuchlik, Jaroslav* (Kosicĕ), Katatonieformer Zustand bei Lyssa. Čas. cĕsk. lék. no. 34.
69. *Derselbe*, Plötzliches Erblinden nach Chinin. Čas. česk. lék. Jg. 60, Nr. 19. (S. 179*.)
70. *Urechia, C. J.* et *Josephi, A.* (Cluj), Einige Komplikationen seitens



des Nervensystems bei Flecktyphus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 68, S. 145.

71. *Vogel, Martin* (Dresden), Die Abnahme des Alkoholismus im Kriege. Sitzungsber. (Jahresversamml. d. Vereins abstinenter Ärzte, Dresden, Juli 1920). Öffentl. Gesundhtspfl. Jg. 6, H. 3, S. 73.
72. *Walter, F. K.* (Rostock-Gehlsheim), Über Schlafstörungen nach Grippe. Med. Klin. Nr. 9, S. 245.
73. *Weingartner, Alfred*, Beitrag zur Kenntnis der Gehirnveränderungen bei Malaria. Inaug.-Diss. Jena.
74. *Wohlwill, Friedrich* (Hamburg), Die Veränderungen des Zentralnervensystems beim Typhus exanthemicus und ihr Verhältnis zu dem Prozeß in den Roseolen der Haut. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 132, S. 530. (S. 179*.)
75. *Wohlwill, Friedr.* (Hamburg), Über Gehirnveränderungen bei Leuchtgasvergiftungen. Vortragsber. Deutsche med. Wschr. no. 34, S. 1014. (S. 180*.)
76. *Ziegler, S. Lewis*, The ocular menace of wood alcool poisoning. British journal of ophthalm. vol. 8, no. 8.

a) Alkoholismus.

Pollock (50) stellt fest, daß die Jahresziffer der Geisteskranken im Staate New York im allgemeinen seit 1917 abgenommen hat. Beträchtlich verringert ist die Zahl der alkoholischen Geistesstörungen und durch sonstige Berauschungsmittel verursachten Geisteskrankheiten.

Auf Grund sehr eingehender Untersuchungen in 23 Fällen kommen *Dobnigg* und *Economo* (21) zu dem Ergebnis, daß die Dipsomanie nicht eine Erkrankung sui generis ist, sondern sich auf dem Grunde einer psychopathischen Veranlagung entwickelt. Diese kann sehr verschieden sein, epileptische und periodisch-melancholische degenerative Veranlagung liefern je ein Drittel dieser Kranken. Ein letztes Drittel derselben weist nur allgemein degenerative Charakterzüge auf, die sich nicht näher gruppieren lassen.

Bluhm (7) fand, daß die Fruchtbarkeit weißer Mäuse durch Einspritzungen von 20% Äthylalkohol stark leidet. Werden Männchen behandelt, so bleibt etwa die Hälfte der Paarungen steril, bei Weibchen wird die Fruchtbarkeit noch stärker herabgsetzt, auch die Wurfzahl wird verkleinert. Ebenso ändert sich das Verhältnis der männlichen zu den weiblichen Jungen von 98 : 100 in 128 : 100.

Bostroem (11) konnte bei Alkoholdeliranten in allen untersuchten Fällen Urobilinogen im Harn nachweisen, während diese Leberfunktionsstörung bei chronischen Alkoholisten ohne Delirium fehlte. Die Reaktion trat meist kurz vor Beginn des Deliriums auf, sie war nur von kurzer Dauer (1—4 Tage). Eine ursächliche Beziehung zwischen der Leberschädigung und dem Ausbruch des Deliriums ist nicht von der Hand zu weisen. Untersuchungen der Leberfunktion bei Infektionsdelirien und bei symptomatischen Psychosen decken zuweilen ebenfalls Störungen derselben auf. Das vorliegende Material ist aber zu bindenden Schlüssen noch zu klein.





Ein eigenartiger Fall von Korsakowscher Psychose ist von *Steinthal* (65) beschrieben. Ein begabter Offizier geriet in seinem 29. Lebensjahre an Alkoholmißbrauch. Neben geistigem Verfall entwickelte sich Eifersuchtswahn, Vergeßlichkeit, Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit. Daneben traten eine schwere Polyneuritis und vorübergehend Krämpfe epileptischer Natur auf. Die psychischen Störungen treten mehr und mehr in den Vordergrund, auch nachdem die körperlichen Symptome sich zurückgebildet hatten. Besonders erhebliche Störungen der Merkfähigkeit, Konfabulationen und Wahnideen beherrschten das Krankheitsbild. Bemerkenswert ist, daß der Pat. schon vorher eine Neigung zu pathologischen Lügen hatte.

Steindorff (64) hat die Sehstörungen nach Vergiftungen zusammengestellt. Typisch ist die Alkoholamblyopie besonders nach Methylalkohol. Sie tritt fast nur bei chronischen Säufern auf, es handelt sich um einfache atrophische Entartung und um entzündliche Prozesse im Sehnerven. Bei Abstinenz ist die Prognose gut. Weit gefährlicher ist die Vergiftung mit Methylalkohol, die zu dauernder Erblindung führt. Schwefelkohlenstoff führt nie zu völliger Erblindung, aber meist zu einer erheblichen Beeinträchtigung des Sehvermögens. Sehr gegefährlich ist das Atoxyl, dagegen sind bei Salvarsan keinerlei Befürchtungen zu hegen. Bekannt sind ferner die Schädigungen des Auges durch Blei und durch Chinin. Optochin ist niemals als Optochin. hydrochlr., sondern als Optochin. basicum zu verordnen. Filix mas und Cortex Granati können ebenfalls schwere Sehstörungen auslösen. Bei Vergiftung durch Wurst, Fleisch usw. werden die inneren und äußeren Augenmuskeln gelähmt.

b) Morphium und andere Narkotika.

Bolten (9) beobachtete einen Morphinisten, der bei plötzlicher Entziehung des Mittels sehr hohe Temperaturen bis fast 41 ° C. bekam, während die Pulsfrequenz gering blieb. Die Erscheinung verschwand erst nach einigen Wochen. Irgendwelche andere Ursache für das Fieber war nicht ersichtlich. Der Pat. hatte das Morphium gegen Asthma bronchiale genommen, bei einem zweiten Kranken, der an einer manisch-depressiven Psychose litt, trat die Erscheinung nicht auf. Wahrscheinlich handelte es sich um eine Beeinflussung des wärmeregulierenden Zentrums.

Leppmann (41) weist auf die zunehmende Verbreitung des Kokainismus hin und betont, daß die diesem Mißbrauch ergebenen Menschen durchweg geistig minderwertig sind. Spezifisch kokainistische Straftaten sind aber zum mindesten sehr selten, deshalb muß der strafrechtliche Gutachter bei der Beurteilung angebcher Kokainisten sehr vorsichtig sein, in der Regel sind es von Haus aus Psychopathen. Wichtig ist vor allem der oft schwierige Nachweis des gewohnheitsmäßigen Kokaingenusses und der daraufhin eingetretenen Wesensveränderung im Vergleich zum früheren Verhalten. Einige einschlägige Beobachtungen sind angeführt.

Vor der Anwendung des Trivalins bei Morphiumentziehungskuren wird von *Reichmann* (54) dringend gewarnt. Ein Fall von Trivalinismus lehrt, daß ein dem Morphinismus und Kokainismus ähnliches Bild zustande kommt. Es handelt

sich um einen 50jährigen Mann, der seit 10 Monaten Trivalin in steigenden Mengen gegen rheumatische Beschwerden genommen hatte und unter den Erscheinungen psychomotorischer Unruhe, Verstimmungs- und Angstzuständen, Schlaflosigkeit und Arbeitsunfähigkeit erkrankt war. Durch Entziehung trat völlige Heilung ein. Das Trivalin ist wohl in bestimmten Fällen dem reinen Morphium vorzuziehen, doch ermahnt schon die Zusammensetzung — Morphin-Koffein-Kokain Isovalerianat — zur Vorsicht.

c) Andere Gifte.

Unter 8 Fällen von Leuchtgasvergiftung fand *Wohlwill* (75) 6mal die bekannte symmetrische Erweichung des Globus pallidus. In den beiden anderen Fällen war der Tod schon in den ersten Tagen nach der Vergiftung eingetreten. Putamen und Nucleus caudatus waren stets frei. Regelmäßig fanden sich schwere regressive Veränderungen der Arterien, namentlich der Media, die schon vom 3. Krankheitstage an zur Kalkablagerung geführt hatten. Indessen kann man die Arterienerkrankung nicht als unmittelbare Ursache der Erweichungen ansehen, vielmehr muß man an eine spezifische Affinität des CO zum Nervengewebe des Globus pallidus denken. Die Ganglienzellen der Hirnrinde waren schwer erkrankt, die Gliazellen reaktiv gewuchert.

Ein Fall von Kohlenoxydvergiftung mit nachfolgender schwerer Psychose wurde von *Heissen* (34) beobachtet. Es handelte sich um einen 24jährigen Mann der zunächst mit einem amnestischen Symptomenkomplex mit Desorientierung, Stumpfheit und verlangsamter Auffassung erkrankte. Diese Symptome bildeten sich langsam zurück. Nach 2½ Jahren bestand noch ein Ausfall an Erinnerungskraft, eine leichte Störung der Auffassung, mangelndes Orientierungsvermögen, leichte Erregbarkeit einerseits und andererseits wieder in gewissen Dingen Gleichgültigkeit. Jedenfalls war aber eine fortschreitende Besserung nicht zu verkennen.

Ruge (57) hat 12 Sektionsbefunde nach CO-Vergiftung zusammengestellt. Er kommt zu dem Ergebnis, daß die Erweichungen und Gefäßberänverungen im mittleren Teile des Linsenkerns typisch sind für CO-Vergiftung. Bereits nach 24 Stunden erkennt man die Verfettung der Ganglienzellen, ebenso kleine Blutungen in die perivaskulären Räume. Nach 2 Tagen findet man schon symmetrisch gelegene Erweichungsherde, die sich etwa am 4.—5. Tage scharf gegen die Umgebung absetzen. Im Erweichungsherd und seiner Umgebung besteht eine starke Hyperämie. Die Gefäße beginnen von der Media aus zu verkalken. Eine große Rolle spielt die Arteriosklerose. Verf. nimmt an, daß zunächst die Nervenelemente geschädigt werden und erst im weiteren Verlaufe die Gefäße verkalken.

Einen Beitrag zur Kenntnis der psychischen Störungen nach Kohlenoxydvergiftung liefert *Breitung* (13). Er beobachtete zwei Fälle, die infolge Einatmens von Leuchtgas nach einem Intervall von 1 bzw. 3 Wochen psychisch erkrankten. Beide Beobachtungen kamen nach 6 Wochen bzw. 4 Monaten zur Heilung. Das Krankheitsbild glich dem Korsakoffschen Symptomenkomplex, je einmal wurde der stuporöse Zustand durch einen heftigen Erregungszustand unterbrochen.

Stuchlik (69) fand Vergiftungserscheinungen bei einem 43jähr. Manne, der



während eines Tages 4 Pulver à 0,1 g Chinin. sulf. eingenommen hatte. Es bestand vollständige Amaurose, die nach Heißbädern, Drasticis und Strychninbehandlung binnen 3 Wochen verschwand. Die Sehschärfe wurde wieder so, wie sie vor der Erkrankung gewesen war. Ophthalmoskopisch bestand Anämie der Netzhaut, gelbe Pupille, erweiterte Venen, roter Fleck in der Makulagegend des linken Auges. Das Netzhautgewebe besitzt anscheinend zu dem Gifte größere Affinität.

d) Infektionskrankheiten.

Christoffel (15) hat 57 Psychosen bei Grippe zusammengestellt. Er fand, daß durch Grippe ausgelöste Alkoholdelirien sich nicht von den sonstigen Alkoholdelirien unterscheiden; ein debiles Dienstmädchen andererseits bot ohne Mitwirkung von Alkohol ein von dem Delirium tremens kaum zu unterscheidendes Krankheitsbild. Auch der Katatonie ähnliche Bilder kamen vor. Verf. schlägt eine Einteilung in Grippe- und Pseudogrippepsychosen vor, zu den ersteren gehören die Delirien und die reaktiven Depressionen, zu den letzteren die Alkoholdelirien, Schizophrenien und Epilepsie. Infektiöse Schwächezustände werden nach beiden beobachtet. Delirien fanden sich in einem Drittel der Fälle, beide Geschlechter waren gleichmäßig betroffen; es handelte sich allgemein um schwere Grippefälle. Die reaktiven Depressionen dagegen treten auch im Anschluß an ganz leichte Grippen auf, sie betrafen etwa ein Fünftel der Fälle. Ein Viertel der gesamten Beobachtungen nehmen die Schizophrenien ein, hier muß man mit der Beurteilung vorsichtig sein. Anstaltspatienten wurden durch die Grippe nicht beeinflußt. Infektiöse Zustände können sich an jede Grippe, nicht nur an Grippepsychosen anschließen.

Robida (56) beschreibt die von ihm beobachteten psychischen und nervösen Störungen während der Influenzaepidemie 1918/19 in Slovenien. Abgesehen von den Infektionsdelirien traten die Psychosen gewöhnlich erst im afebrilen Stadium der Krankheit auf, schlossen sich der Entfieberung an oder kamen erst nach Wochen in der Genesungszeit. Bisweilen begannen sie mit einer leichten Depression oder einem asthenischen Stadium. Etwa ein Drittel der Kranken genas nach wenigen Wochen, etwa ein Achtel der Fälle behielt leichtere oder schwere Defekte zurück. Die nach Influenza beobachteten Nervenkrankheiten waren teils organischer Natur mit einer schlechten Prognose, teils toxisch als Polyneuritiden, die ausnahmslos günstig verliefen.

Wohlwill (74) konnte das Zentralnervensystem von 7 Fleckfieberkranken untersuchen. Er fand regelmäßig unspezifische diffuse Veränderungen wie Erkrankung der Ganglienzellen, leichte progressive Veränderungen an der Glia, Schwellung und Verfettung der Endothelien, Wucherungen adventitieller Zellen und Lymphozyten und Plasmazellen in den Lymphscheiden. Daneben aber waren noch Herde vorhanden, die sich an kleine Gefäße anschlossen und sich aus ektodermalen Bestandteilen wie plasmatisch gesonderten Gliazellen und mesodermalen Elementen, wie geschwollenen Adventitiazellen und seltener Plasmazellen, Lymphozyten und polynukleären Leukozyten zusammensetzten.



8. Serologie.

Ref.: Max Bräuner-Lüneburg.

1. *Abderhalden*, *E.* (Halle a. S.), Eine einfache direkte Methode zum Nachweis der Abderhaldenschen Reaktion. Med. Klin. Nr. 48, S. 1453.
2. *Arzt* u. *Fuß*, Über die Berechtigung der Aufstellung von charakteristischen Kurven der Goldausflockung des Liquors bei luogenen Affektionen des Zentralnervensystems. Arch. f. Dermat. u. Syph., Orig., Bd. 136, S. 207.
3. *Baar*, *H.* (Wien), Diagnostischer Wert der Globulinvermehrung im Liquor cerebrospin. bei Erkrankungen im Kindesalter. Wien. klin. Wschr. Nr. 51.
4. *Bauer*, *Karl* (Wien), Positive WaR. bei Fleckfieber. Münch. med. Wschr. Nr. 39, S. 1251. (S. 193*.)
5. *Bauer*, *R.* u. *Nagiri*, *W.* (Wien), Theorie der Meinicke-Reaktion. (Dritte Modifikation.) Wiener klin. Wschr. Nr. 35.
6. *Baumgärtel* (München), Wassermannsche und Sachs-Georgische Reaktion bei Syphilis. III. Mitteilung. (I. Mitteilg. referiert im Vorjahre, II. vgl. Münch. med. Wschr. 1920, Nr. 36, S. 1034). Münch. med. Wschr. Nr. 8, S. 235. (S. 189*.)
7. *Becher*, *Erwin*, Zur Frage der Liquorströmungen im spinalen Arachnoidealsack. Münch. med. Wschr. Nr. 27, S. 839. (S. 197*.)
8. *Bergel*, *S.* (Berlin), Die biologisch-klinische Bedeutung der Lymphozyten für die Syphilis und die Wassermann-Reaktion. Münch. med. Wschr. Nr. 36, S. 1138. (S. 191*.)
9. *Derselbe*, Die Lymphozytose, ihre experimentelle Begründung und biologisch-klinische Bedeutung. Berl. klin. Wschr. Nr. 34, S. 995.
10. *Bolten*, *G. C.* (Haag), Die Anfangserscheinungen der Tabes und die Wassermannsche Reaktion. Ned. Tijdschr. voor geneesk. ann. 65 II, no. 15.
11. *Breuer*, *J.* (Berlin), Liquorbefunde bei behandelten kongenital-luetischen Kindern. Deutsche med. Wschr. Nr. 43, S. 1296. (S. 195*.)
12. *Bruck*, *Karl* (Altona), Über die Entwicklung der Syphilisdiagnose. Berl. klin. Wschr. Nr. 18, S. 465.
13. *Derselbe*, Geschichte der Serodiagnostik der Syphilis. (Zu den gleichnamigen Ausführungen von *v. Wassermann* in Nr. 18, S. 467 d. W.). Bemerkungen hierauf von *Bruck*, Nr. 22, S. 580. Schlußwort von *v. Wassermann* Nr. 31, S. 888. Weitere Polemik *Bruck* Nr. 40, S. 1194; *Wassermann* gl. Seite der Berl. klin. Wschr. Nr. 40.
14. *Červenka* u. *Belohradsky*, Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit mit Gold-, Mastix- und Berlinerblaureaktion. Sborník lékařský XXII, p. 33.



15. *Dold*, *H.* (Frankfurt a. M.), Eine vereinfachte, frühzeitig makroskopisch ablesbare Luesflockungsreaktion (Trübungsreaktion). Med. Klin. Nr. 31, S. 940. (S. 193*.)

16. *Derselbe*, Über die Beziehung der Lueskomplementbindungsreaktion zu den Luesflockungsreaktionen. (Arb. a. d. Staatsinstitut f. experim. Therapie u. dem Georg Speyer-Hause, Fkft. a. M.)

17. *Duhot*, *E.* et *Crampon*, *P.*, Études sur la réaction de précipitation du benjoin colloidal dans les liquides céphalo-rachidiens. Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris ann. 37, no. 8, p. 307.

18. *Eicke*, *H.* (Berlin), Über verschiedenartige Beeinflussung des Liquor-Wassermanns bei Inaktivierung mit verschiedenen Hitzegraden. Med. Klin. Nr. 42, S. 1269. (S. 196*.)

19. *Eicke* und *Löwenberg* (Berlin), Über Verschiedenheiten im Ausfalle der Wassermannschen Reaktion mit aktivem und inaktivem Liquor. Med. Klin. Nr. 14, S. 414. (S. 196*.)

20. *Ellinger*, *Ph.* (Heidelberg), Verwendung des Kollargols zur Untersuchung des Liquor cerobrospinalis. Berl. klin. Wschschr. Nr. 34, S. 1001. (S. 198*.)

21. *Epstein*, *E.* u. *Paul*, *Fritz* (Wien), Zu der Arbeit von *P. Niederhoff* (Frankfurt a. M.): Über die chem. Natur der bei der Sachs-Georgi-u. Meinickereaktion sowie bei dem Toxin- und Antitoxinnachweis nach Georgi auftretenden Flocken. Münch. med. Wschr. Nr. 16, S. 494.

22. *Dieselben*, Zur Theorie der Serologie der Syphilis. Arch. f. Hygiene Bd. 90, H. 3, S. 98; vgl. Wien. klin. Wschr. Nr. 21.

23. *Ewald*, *G.* (Erlangen), Über Eiweißabsorption in den Seren von Geisteskranken und ihre Beziehung zur Abderhaldenschen und Wassermannschen Reaktion. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 49, S. 343.

24. *Fabinyi*, *Rudolf* (Budapest-Lipótmezö), Untersuchungen über das Verhalten der Serumglobuline bei Geisteskranken, insbesondere bei Paralytikern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 68, S. 341. (S. 194*.)

25. *Fischer*, *Heinrich* (Halle a. S.), Über den Mechanismus der Goldsolreaktion im Liquor cerebrospinalis. Ztschr. f. d. ges. experim. Med. Bd. 14, H. 1/2.

26. *Fleischmann*, *Otto* (Frankfurt a. M.), Kritische Betrachtungen über die Rolle der Zerebrospinalflüssigkeit. Berl. klin. Wschr. Nr. 3, S. 60. (S. 197*.)

27. *Fordyce*, *J. A.* and *Rosen*, *J.*, Laboratoriumsuntersuchungen bei 1064 Syphilitikern. Journ. of the Amer. med. Ass. 1921, no. 22.

28. *Fränkel*, *Ernst* (Berlin), Über das Wesen der Gerinnung und der Luesreaktionen (Wassermann, Sachs-Georgi, Hirschfeld-Klinger). Berl. klin. Wschr. Nr. 9, S. 198.

29. *Fuß*, *Herbert* (Wien), Untersuchungen über das Wesen und die Grundlage der Langeschen Goldsolreaktion. Dermat. Wschr. Nr. 30, S. 793. (S. 198*.)

30. *Funfack*, *Max* (Dresden), Die Bewertung der durch Hg-Behandlung negativ gewordenen Wassermann-Reaktion. Deutsche med. Wschr. Nr. 12, S. 330. (S. 190*.)

31. *Gaehtgens*, *W.* (Hamburg), Beitrag zur Frage der Komplementauswertung bei der Wassermannschen Reaktion. Ztschr. f. Immunforschg. u. exp. Therapie I., Orig., Bd. 33, H. 1.

32. *Gennerich*, *W.* (Kiel), Die Lymphdrüsenfermente als Träger der Wassermannschen Reaktion. Münch. med. Wschr. Nr. 20, S. 603. (S. 191*.)

33. *Goebel*, *Walther* (Hamburg-Eppendorf), Über neue Erfahrungen mit einer ergänzten und wieder vereinfachten Mastixreaktion. (Vorläufige Mitteilung.) Münch. med. Wschr. Nr. 30, S. 943. (S. 198*.)

34. *Guillain*, *Laroche* et *Lechelle*, Considération sur la réaction du benjoin colloidal comparée avec la réaction de l'or colloidal dans les affections non syphilitiques du névraxe. Bull. de méd. de la Soc. méd. des hôp. Paris ann. 37, no. 9, p. 355.

35. *Dieselben*, Über die kolloidale Benzoereaktion. Presse méd. 1921, p. 773.

36. *Guillain*, *Georges* et *Lechelle*, *P.*, La réaction de précipition du benjoin colloidal avec le liquide céphalorachidien dans l'encéphalite léthargique. L'Encéphale ann. 16, no. 1.

37. *Guillain*, *Laroche* et *Macheboeuf*, Étude physico-chimique de la réaction du benjoin colloidal. Cpt. rend. des séances de la Soc. de Biologie. Séance du 30. IV. 21 vol. 84, p. 779.

38. *v. Gutfeld*, *Fritz* (Berlin), Zur Beurteilung und Praxis der III. Modification (Meinicke). Aus dem Hygien.-bakter. Institut des Gesundheitsamtes Berlin. Deutsche med. Wochschr. Nr. 43, S. 1295. (S. 192*.)

39. *Haguenau*, *J.*, La réaction de l'or colloidal dans la paralysie générale. Annales de méd. vol. 9, no. 6.

40. *Hauptmann*, *A.* (Freiburg), Die Bedeutung der Liquorbefunde in den verschiedenen Stadien der Syphilis. Dtsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 68/69. S. 106. (S. 194*.)

41. *Hecht*, *Hugo* (Prag), Eine neue Flockungsreaktion bei Syphilis. Deutsche med. Wschr. Nr. 49, S. 1487. (S. 192*.)

42. *Heinemann*, *H.* (Petoemboekan), Diagnostischer Wert der Wassermann-Sachs-Georgi- und Meinickereaktion in Malarialändern. Münch. med. Wschr. Nr. 48, S. 1551. (S. 193*.)

43. *Hoefer*, *P. A.* (Berlin), Beitrag zur Diagnostik und therapeutischer Methodik bei Erkrankungen des Zentralnervensystems. I. Die Bestimmungen der Konzentration als Methode der Liquoruntersuchung. Berl. klin. Wschr. Nr. 30, S. 835. (S. 197*.)

44. *Izquierdo*, *Manuel*, Diagnostische Wichtigkeit der Liquoruntersuchung. Rev. med. de Sevilla ann. 40 (III), p. 13. (Spanisch.)



45. *Jackson*, *J. Allen* and *Pike*, *Horace Victor*, Interpretation of Wassermann reaction of blood serum in mental diseases. Amer. journ. of med. sciences vol. 76, no. 3, p. 360.

46. *Kafka*, *V.* (Hamburg), Die Wassermannsche Reaktion bei Paralyse. Med. Klin. Nr. 7, S. 183. (S. 196*.)

47. *Derselbe*, Die Wassermannreaktion der Rückenmarksflüssigkeit. Med. Klin. Nr. 34, S. 1029. (S. 196*.)

48. *Derselbe*, Über eine kombinierte Sachs-Georgi-Wassermannsche Reaktion. Deutsche med. Wschr. Nr. 10, S. 269. (Vgl. *Keining*, gl. Wschr. Nr. 6 u. 12, S. 157 u. 330.)

49. *Derselbe*, Der heutige Stand der Serodiagnostik der Syphilis. Sitzber. v. Okt. 1921. Deutsche med. Wschr. Nr. 49, S. 1512.

50. *Derselbe*, Über Praxis und Bedeutung der Liquoruntersuchung. Jahreskurse f. ärztl. Fortb. 12. Jg., Maiheft, S. 14.

51. *Derselbe*, Läßt sich in der Rückenmarksflüssigkeit eine für Lues spezifische Eiweißreaktion nachweisen? Arch. f. Dermat. u. Syph., Orig. Bd. 130, S. 417.

52. *Derselbe*, Die Entarteriitis der kleinen Hirnrindengefäße mit positivem Liquorbefunde. Zugleich Mitteilung eines neuen Liquorsyndroms. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 68/69. Max Nonne-Festschrift.

53. *Derselbe*, Die ungefärbte und die gefärbte Normalmastixreaktion der Rückenmarksflüssigkeit. Deutsche med. Wschr. Nr. 47, S. 1422. (S. 199*.)

54. *Derselbe*, Zur Frage des Abderhaldenschen Dyalisierverfahrens. Bemerkungen zur Monographie von G. Ewald (H. 10 der Abh. a. d. Neurol., Psych.; Psychologie u. ihren Grenzgeb. Berlin, Karger 1920.) Bemerkungen zu vorstehender Arbeit *Kafkas*, *G. Ewald* (s. diese Ztschr. S. 59). Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 50, H. 1, S. 49 u. 59.

55. *Kapsenberg*, *G.* (Leiden), Untersuchungen über die Bedeutung der Globuline bei der Wassermannschen Reaktion, zugleich ein Beitrag zur Technik der Dialyse und zur Ausführung der Wassermannschen Reaktion. Ztschr. f. Immunforschg. u. exper. Therapie, Orig., Bd. 31, H. 4/5, S. 301.

56. *Kastan*, *Max* (Königsberg), Das Verhalten der Lipasen im Blut Geistes- und Nervenkranker während der Zeit der Ernährungsknappheit. Berl. klin. Wschr. Nr. 9, S. 202.

57. *Derselbe*, Die Goldsolreaktion des Liquors bei Taboparlytikern. Deutsche Ztschr f. Nervenheilk. Bd. 70, H. 4—6, S. 361. (S. 198*.)

58. *Keining*, *Egon* (Bonn), Über eine kombinierte Sachs-Georgi-Wassermannsche Reaktion. Deutsche med. Wschr. Nr. 6, S. 157 u. Nr. 12, S. 330. (Vgl. *Kafka*, gl. Wschr. Nr. 9, S. 258 u. Nr. 10, S. 269.) (S. 192*.)

59. *Kilduffe*, *Robert A.* (Pittsburgh), Effect of intravenous administration of arsen-phenamin, neo-arsen-phenamin and mercury on the Wasser-



mann test in normal serums. Journ. of the Amer. med. Ass. vol. 76, no. 22.

60. *Klostermann, M.* u. *Weisbach, W.* (Halle), Über die chemische Zusammensetzung der Flocken bei der Sachs-Georgi-Reaktion zum Nachweis der Syphilis. Deutsche med. Wschr. Nr. 37, S. 1092. (S. 191*.)

61. *Königstein, H.* u. *Spiegel, E. H.* (Wien), Anatomische Grundlagen der Liquorbefunde im Frühstadium der Lues. Wien. klin. Wschr. Nr. 24.

62. *Konitzer, Paul*, Zur Theorie und Praxis der neueren serodiagnostischen Methoden der Syphilis, besonders der Meinickeschen Reaktion, der 3. Modifikation nach Meinicke und der Sachs-Georgischen Reaktion. Inaug.-Diss. Greifswald und Ztschr. f. Immunforschg. Bd. 30, H. 3/4.

63. *Kraus, Walter M.* and *Irwing, H. Pardee*, The serology of the spinal fluid and blood in epidemic encephalitis. Archiv of neurol. and psych. vol. 5, no. 6, p. 710.

64. *Lange, Carl* (Berlin), Was leistet die reine Liquordiagnostik bei der Diagnose des Hirntumors? Mitt. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. Bd. 33, H. 5, S. 583.

65. *Langer, Erich* (Berlin), Zur gutachtlichen Verwertbarkeit der serologischen Luesreaktionen. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 7, S. 80. (S. 193*.)

66. *Langer, Hans* (Berlin), Zur Technik der Wassermann-Reaktion im Liquor cerebrospinalis. Deutsche med. Wschr. Nr. 45, S. 1356. (S. 196*.)

67. *Leonhardt, Eberhard* (Würzburg), Erfahrungen mit der Sachs-Georgischen Reaktion. Deutsche med. Wschr. Nr. 10, S. 267.

68. *Leschke, Erich*, Über die Gelbfärbung (Xanthochromie) der Zerebrospinalflüssigkeit. Deutsche med. Wschr. Nr. 14, S. 376.

69. *Lesser, Fritz* (Berlin), Zur Physiologie und Pathologie der Lipoide. (Protokoll der Sitzungen des Vereins für innere Med. u. Kinderheilkunde, Berlin 4. IV u. 7. V 1921.) Deutsche med. Wschr. Nr. 30, S. 878. Bemerkungen zu *Peritz*, gl. Ztschr. Nr. 30, S. 859. (S. 190*).

70. *Logan, W. R.*, Experiments with the floccation test (Sachs-Georgi) for syphilis. Lancet vol. 200, no. 1, p. 14.

71. *Lombardo, Michele*, Sulla reazione di Sachs-Georgi. Annali de clin. med. ann. 10, fasc. 4, p. 415.

72. *Mayr, Julius K.* (München), Die Goldsolreaktion. Arch. f. Dermat. u. Syph., Orig., Bd. 134, S. 243.

73. *Meyerbach, Anna*, 140 katamnestisch verfolgte Luetiker mit positivem Blut- und negativem Liquor-Wassermann. Ein Beitrag zur prognostischen Bedeutung der Liquorreaktion. (Aus der psychiatr. Klinik München.)Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 67, S. 245. (S. 195*.)

74. *Moore*, Liquor bei behandelter Syphilis. Journ. of the Amer. med. Ass. 1921, no. 12.



75. *Much, H.* u. *Schmidt, Hans*, Über Lipoidantikörper und Wassermannsche Reaktion. Deutsche med. Wschr. Nr. 20, S. 552. (S. 190*.)

76. *Müller, Gerhard* (Zschadraß, Sa.), Vergleichende Untersuchungen über die Luesdiagnose mit Hilfe der Wassermannschen Reaktion, der Sternschen Modifikation und der Ausflockungsreaktion nach Sachs-Georgi. Berl. klin. Wschr. Nr. 11, S. 253. (S. 192*.)

77. *Nathan, E.* u. *Herold, G.* (Frankfurt a. M.), Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen in den verschiedenen Stadien der Syphilis. Berl. klin. Wschr. Nr. 24, S. 642. (S. 194*.)

78. *Neumark, E.* u. *Wolff, G.* (Berlin), Kurze Mitteilungen zur Wassermann-Reaktion nach der neuen Vorschrift. Berl. klin. Wschr. Nr. 20, S. 517. (S. 189*.)

79. *Niederhoff, P.* (Frankfurt a. M.), Über die chemische Natur der bei der Sachs-Georgi- und Meinickereaktion, sowie bei dem Toxin- und Antitoxinnachweis nach Georgi auftretenden Flocken (vgl. *Epstein, E.* u. *Paul, Fritz* (Wien) zu vorstehender Arbeit in Nr. 16 dieser Wchr. S. 491.). Münch. med. Wschr. Nr. 11 u. 16. (S. 191*.)

80. *Niederhoff, Paul* (Frankfurt a. M.), Über den Nachweis und das Verhalten der Extraktlipoide bei den verschiedenen Flockungsreaktionen. Münch. med. Wschr. Nr. 44, S. 1419. (S. 191*.)

81. *Noguchi, Hideyo*, Test for changes in the proteïn-content of the cerebrospinal fluid, based on the floccation of lipoids. Journ. of the Amer. med. Ass. vol. 76, no. 10, p. 632.

82. *Pauzat*, Note sur la réaction de précipitation du benjoin colloidal dans le liquide céphalo-rachidien (Guillain, Laroche et Lechelle) et sur la formol-gêlification des sérums syphilitiques (Paté et Papacostas). Cpt. rend. des séances de la Soc. biolog. vol. 84, no. 10, p. 503.

83. *Peritz, G.* (Berlin), Über Lipoide. Zur Frage der pseudo-negativen WaR. Deutsche med. Wschr. Nr. 30, S. 859. (S. 190*.)

84. *Pilotti, G.* (Roma), Sulla sindrome „Xantocromia — coagulazione nell' liquor". Contributo clinico ed anatomo-pathol. Rivista sperim. di fren. vol. 44, fasc. 3/4, p. 513.

85. *Plaut, F.* (München), Mikromethoden für die Untersuchung von Liquor cerebrospinalis und Kammerwasser. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 65, H. 3—5, S. 373.

86. *Derselbe*, Über eine Methode zur Liquorgewinnung beim lebenden Kaninchen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., Bd. 66, S. 69.

87. *Poehlmann, A.* (München), Die Technik der Wassermannschen Reaktion und der Sachs-Georgischen Reaktion. 2. Aufl. München, Müller & Steinicke. 106 S. 9,60 M. (S. 189*.)

88. *Poehlmann, A.* (München), Über die neue vereinfachte Luesflockungsreaktion (Flockungsreaktion) nach Dold. Münch. med. Wschr. Nr. 42, S. 1350. (S. 193*.)



89. *Rehm, Otto* (Bremen), Eine neue Reaktion des Liquor cerebrospinalis. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 68/69. Max Nonne-Festschrift.

90. *Robitschek, Walter* (Wien), Über das Wesen der bei der Sachs-Georgi-Reaktion entstehenden Flocken. Dermat. Wschr. Nr. 30, S. 796.

91. *Rothman, Stephan* (Gießen), Zur Kombination der Sachs-Georgi- und Wassermann-Reaktion. Deutsche med. Wschr. Nr. 33, S. 952. (S. 192*.)

92. *Sachs, H.* (Heidelberg), Zur Frage der Reaktionsfähigkeit des aktiven Serums beim serologischen Luesnachweis mittels Ausflockung. Arch. f. Dermat. u. Syph., Orig., Bd. 135, S. 338.

93. *Derselbe*, Ein Hilfsmittel für die Methodik der Wassermannschen Reaktion. Berl. klin. Wschr. Nr. 36, S. 1075. (S. 189*.)

94. *Sachs, H.* u. *Georgi, F.* (Frankfurt a. M.), Über das Verhalten aktiver Sera beim serologischen Luesnachweis mittels Ausflockung. Med. Klin. Nr. 33, S. 987. (S. 192*.)

95. *Sachs, H.* u. *Sahlmann, H.* (Heidelberg), Über das biologische Verhalten der beim serologischen Luesnachweis entstehenden Flocken. Deutsche med. Wschr. Nr. 37, S. 1083. (S. 191*.)

96. *Sanchis, Banus, J.*, Eine neue Reaktion für die Erkennung der pathologischen Veränderungen des Liquor cerebrospinalis. Arch. de Med., Cimjia y especialidades 1921, 15. VII.

97. *Schäber, E. F.* (Freiburg i. Br.), Die Abhängigkeit der Liquorveränderungen von den Exanthemformen bei Frühsyphilis. Münch. med. Wschr. Nr. 13, S. 389. (S. 195*.)

98. *Scheer, Kurt* (Frankfurt a. M.), Zur Theorie der Sachs-Georgischen Reaktion. Münch. med. Wschr. Nr. 2, S. 43. (S. 191*.)

99. *Schmelcher, O. H.* (Illenau), Das Verhalten des Liquor cerebrospinalis bei der artefiziellen Remission der Paralyse. Münch. med. Wschr. Nr. 10, S. 302. (S. 196*.)

100. *Schneider, Martin* (Zittau), Der serologische Luesnachweis mittels der Flockungsreaktion nach Sachs-Georgi und Meinicke und der Wassermannschen Reaktion. Berl. klin. Wschr. Nr. 51, S. 1508. (S. 193*.)

101. *Stern, Carl* (Düsseldorf), Vergleichende Untersuchungen mit „amtlichen Extrakten“ zur WaR. Deutsche med. Wschr. Nr. 48, S. 1463. (S. 190*.)

102. *Derselbe*, Einzeitige Sachs-Georgi-Meinicke-Reaktion. Münch. med. Wschr. Nr. 49, S. 1580. (S. 192*.)

103. *Stern, L.* (Genève), Le liquide céphalo-rachidien au point de vue de ses rapports avec la circulation sanguine et avec les éléments de l'axe cérébrospinal. (Soc. méd. de Genève, Avril 1921. Cf. *v. Monakow*, Ergänzung zu obigem, gl. Ztschr. Nr. 2, S. 233.) Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 8, H. 2, S. 215.

104. *Stevenson, Lewis D.*, A comparativ study of the sugar content of the

spinal fluid of the nervous system. Archiv of neurol. and psych. vol. 6, no. 3.

105. *Strempel*, *Rudolf* (Saarbrücken-Bonn), Die Serodiagnostik der Syphilis mittels Ausflockungsmethoden nach Sachs-Georgi und Meinicke. Med. Klin. Nr. 3, S. 79. (S. 193*.)

106. *Stühmer*, *A.* u. *Merzweiler*, *K.* (Freiburg i. B.), Über eine kombinierte Sachs-Georgi-Wassermannsche Reaktion. Deutsche med. Wschr. no. 20, S. 559. (S. 192*.)

107. *Targowla*, Sur la réaction de précipitation du benjoin colloidal avec le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux. Bull. de la Soc. de méd. ment. no. 3, p. 1921. II.

108. *Tauiguchi* und *Yochinare*, Sachs-Georgi und Wassermannprobe. Brit. med. journ. 1921, 13. IV.

109. *Tezner*, *Otto* (Wien), Liquorbefunde bei kongenital syphilitischen Kindern. Mtschr. f. Kinderheilk. Bd. 22, H. 1.

110. *Thompson*, *Lloyd James*, Interpretation of the „paretic curve" in Lange's colloidal gold test. Arch. of neurol. and psych. vol. 5, no. 2, p. 131.

111. *Wallenfeld*, *J.*, Prognostische und diagnostische Bedeutung der Veränderung der Zuckermenge im Liquor cerebrospinalis bei Meningitiden. Čas. cěsk. lék. ann. 60, no. 27, p. 405.

112. *Walter*, *F. K.* (Rostock), Zur Frage der Liquorströmung und Homogenität des Liquor cerebrospinalis. Münch. med. Wschr. Nr. 42, S. 1352. (S. 197*.)

113. *v. Wassermann* (Dahlem), Neue experimentelle Forschungen über Syphilis. Berl. klin. Wschr. Nr. 9, S. 193. (Entgegnung von Prof. Carl Lange u. weiteres, Richtigstellung von A. v. Wassermann gl. Wschr. Nr. 14, S. 330, 331.) (S. 190*.)

114. *Weigeldt*, *Walter* (Leipzig), Regelmäßige Unterschiede in der Zusammensetzung des Liquors an verschiedenen Stellen des Subarachnoidealraumes. Münch. med. Wschr. Nr. 27, S. 838. (S. 197*.)

115. *Derselbe*, Die Goldsolreaktion im Liquor cerebrospinalis. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 67, H. 5/6.

116. *Weinberg*, *F.* (Rostock), Über die fraktionierte Liquoruntersuchung. Münch. med. Wschr. Nr. 19, S. 577. (S. 197*.)

117. *Weißbach*, *W.* (Halle), Ergebnisse der Wassermannschen Reaktion und der Ausflockungsreaktionen nach Sachs-Georgi (Brutschrankmethode) sowie Meinicke (dritte Modifikation). Deutsche med. Wschr. Nr. 22, S. 620. (S. 193*.)

118. *Derselbe*, Wassermannsche Reaktion und Ausflockungsreaktionen nach Sachs-Georgi und Meinicke im Lichte neuerer Forschung. Experimentelle Untersuchungen. Jena, G. Fischer. 585 S. 9 M.

119. *Widmaier*, *Erich* (Freiburg i. Br.), Die Pandysche Reaktion zur Erkennung der Meningitis tuberculosa der Kinder. Münch. med. Wschr. Nr. 25, S. 772. (S. 198*.)



120. *Winkler, W. F.* (Berlin), Erfahrungen mit einigen neueren zur Luesdiagnose angegebenen Methoden und Modifikationen. Med. Klin. Nr. 51, S. 1554. (S. 193*.)

a) Blut.

Baumgärtel (6) untersucht im Verfolg seiner früheren Arbeiten die alte Divergenz, die sich immer noch bei den Resultaten der Wa-R. in der Originalmethode, der *Kaup*schen Auswertung und der Sachs-Georgi-R. findet. Verf. sucht die methodisch beabsichtigte Unempfindlichkeit der klassischen Wa.-R. zu verfeinern, indem er 1. die doppelte Serummenge, 2. die einfache Serummenge mit halber Komplementdosis und 3. die doppelte Serummenge mit halber Komplementdosis nach Wassermann untersucht. Bei diesen Mengenverhältnissen zeigte sich weitgehende Annäherung der vorher negativen Resultate an die positiven Resultate nach *Kaup* und *Sachs-Georgi*. Die früheren Feststellungen des Verf. konnten bestätigt werden: daß die nach Wa-R. positiven Seren meist schon nach 2 Stunden eine Flockung nach Sachs-Georgi ergaben, daß die nach Wa-R. negativen ebenso wie die nach Wa-R. und Kaup negativen Seren vornehmlich erst nach 24 bzw. 48 Stunden ausflockten.

Poehlmann (87) hat seine Anleitung zur Ausführung der Wa-R. in völlig umgearbeiteter Auflage erscheinen lassen und die Besprechung der Technik der Sachs-Georgi-Reaktion neu aufgenommen. Im Anschluß an die Frankfurter Methode bringt Verf. eine neue Methodik, die sich ihm als einfach, sparsam und dabei absolut zuverlässig bewährt hat. Abweichungen und Verfeinerungen anderer Untersucher werden kritisch beleuchtet und vor dem zweifelhaften Wert der quantitativen Untersuchung gewarnt, soweit sie etwa für die Prognose und für unser therapeutisches Handeln bestimmend sein soll. In der Regel arbeitet Verf. nur mit e i n e m Extrakt, der an jedem Versuchstage auf seine Leistungsfähigkeit geprüft wird. Wie in den erlassenen staatlichen Vorschriften benutzt er 10fach und 20fach verdünntes Komplement und fand, daß z. B. Primäraffekte — mit 5proz. Komplement untersucht — schon 14 Tage post infectionem deutlich positiv reagieren.

Sachs (93) hat gefunden, daß man Seren mit starker Eigenhemmung so verändern kann durch einfache Salzsäurefällung, daß sie typisch bei der Wa-R. reagieren. Die hemmenden Serumbestandteile werden mit den Globulinen ausgefällt, während die Restflüssigkeit noch hinreichend stark und nunmehr ohne Eigenhemmung reagiert.

Neumark und *Wolff* (78) machen auf die wohl allgemein empfundenen Mängel aufmerksam, die sich bei Anstellung der Wa.-R. nach den staatlichen Vorschriften einstellen. In dem Vorversuch B kommt die hemmende Wirkung des Extraktes allein auf das Komplement, besonders in der Komplementverdünnung 1 : 20, so stark zur Wirkung, daß ein geeigneter Titer für den Hauptversuch nicht zu ermitteln ist. Im Hauptversuch selbst wird diese Hemmung durch die Anwesenheit des Patientenserums weitgehend aufgehoben. Im Hauptversuch sind die Hemmungen bei 1 : 20 Komplement nicht immer als spezifisch anzusehen und mithin bedeutet das regelmäßige Arbeiten mit dieser Verdünnung des Komplements eine



Verschwendung von Amboceptor und Zeitverlust. *Stern* (101) macht ferner darauf aufmerksam, daß auch die amtlich geprüften Extrakte sich verändern können. Er hatte mit diesen negative Resultate mit Seren, die mit eigenen Extrakten, mit Sachs-Georgi und dritte Meinicke-Reaktion positiv ausfielen. Solange keine konstante chemische Zusammensetzung der Extrakte besteht, besteht auch bei den geprüften Extrakten keine volle Garantie.

Einen breiten Raum nehmen in diesem Jahre die Untersuchungen ein, welche sich mit der biologischen Natur derjenigen Substanzen befassen, die die W -R. ergeben. *v. Wassermann* (113) ist es auf Grund langwieriger Untersuchungen gelungen, diejenige Substanz im Luetikerserum, welche mit dem Lipoid-Antigen unter Bindung von Komplement ein reversibles neues Aggregat bildet, zu isolieren. Er nennt sie Wassermannsche Substanz. Er konnte aus dem Aggregat die beiden spezifischen Komponenten wiedergewinnen und sie erneut der Wa-R. unterwerfen. Hierdurch ergab sich eine „Bestätigungsreaktion", die die Feststellung erlaubt, ob ein positiver Ausfall auch wirklich Syphilis bedeutet. Auch für die Ausflockungsreaktionen ist die Bildung des Wassermannschen Aggregates das Grundphänomen. Der luetische Prozeß läßt im Organismus Lipoide in einer Menge und Form auftreten, wie sie normalerweise nicht vorhanden sind. Quelle dieser Lipoide sind wahrscheinlich sowohl die Spirochäten wie besonders die erkrankten Zellen.

Funfack (30) erhebt Einwendungen gegen die Schlußfolgerungen *Wassermanns*. Nach ihm erscheint es zweifelhaft, ob die lipoiden Zellprodukte oder indirekt die Spirochäten selbst der auslösende Faktor für eine positive Wa-R. sind. Verf. stellte fest, daß das Negativwerden der Reaktion durch die Hg-Behandlung nicht konform geht mit der Resorption der syphilitischen Morphen und dem Verschwinden der Spirochäten. Selbst die Anwesenheit virulenter Spirochäten vermag eine negative Wa-R. nicht auszuschließen. *Much* (75) bestätigt die Anschauungen *Wassermanns* im wesentlichen auf Grund seiner früheren experimentellen Untersuchungen. Er weist indessen darauf hin, daß nicht nur reines Lipoid, sondern auch reine Aminosäure die vorher negative Reaktion im Körper positiv zu machen imstande ist. Dieser Befund könnte doch die endgültige Klärung der Wa-R. hinausschieben. *Peritz* (83) hat schon 1908 behauptet, daß die Wa-R. eine Lipoidreaktion ist, und daß bei Luetikern eine Lipoidämie besteht. Lipoidämie ist nichts Seltenes, sie kommt bei chronischen Geisteskrankheiten, bei Epilepsien, ferner bei der Narkose vor. Bei keiner Lipoidämie, außer bei der Lues, entsteht ein Antikörper gegen Organlipoid. Es muß also das Organlipoid der Lues noch ein anderes Produkt enthalten, gegen das sich der Antikörper bildet. Verf. meint, daß mit der Wa-R. und den Flockungsreaktionen nur die nicht an Lipoid schon gebundenen Antikörper nachgewiesen werden. Fehlen freie Antikörper, so entsteht eine „pseudonegative Reaktion". *Lesser* (69) weist auf Widersprüche in *Peritz'* Befunden hin. Er fand Unabhängigkeit der Wa-R. vom Lezithingehalt des Blutes. Es besteht noch nicht die Möglichkeit, die verschiedenen Lipoide zu differenzieren. Biologisch verhalten sich die verschiedenen Lipoide offenbar verschieden.



Bergel (8) fand auf experimentellem Wege, daß im Körper bei den Entzündungsphänomen die Lymphozyten als biologisches Reagenz auf Fettsubstanzen eingestellt sind. Nach ihm enthält das luetische Serum ein gegen das lipoide Luesantigen spezifisch eingestelltes, aus den Lymphozyten stammendes ambozeptorartiges lipatisches Proferment. Wahrscheinlich sei die „Wassermannsubstanz" (vgl. Ref. über *Wassermann* Nr. 113) identisch mit dem aus den Lymphozyten stammenden lipatischen Ambozeptor. Diese Theorie erklärt die klinische Erfahrung, daß die Wa-R. nicht mit dem positiven Spirochätenbefund, sondern mit der Mobilisierung der lymphozytären Reaktion positiv wird. Die Wa-R. geht weder dem Vorhandensein von Sypilisspirochäten im Gewebe parallel, noch auch dem Lezithingehalt des Serums. Die Erreger der Tuberkulose, der Lues und anderer Krankheiten haben als Gruppenmerkmal eine fettartige Beschaffenheit. Die Lymphozytose kann nicht als charakteristisch gelten ausschließlich für Syphilis; sie wird aber bei ihr in allen Stadien gefunden, so auch bei Tabes und Paralyse in der Zerebrospinalflüssigkeit.

Ähnliche Anschauungen wie *Bergel* vertritt *Gennerich* (32).

Niederhoff (79 u. 80) fand bei der chemischen Analyse der Flocken bei der Sachs-Georgi-R., der dritten Meinicke-R, und beim Toxin-Antitoxinnachweis nach *Georgi*, daß sie wahrscheinlich ausschließlich aus äther- und alkohollöslichen Substanzen bestehen. Diese stammen in ihrer Hauptmenge aus dem zugesetzten Extrakt; man sagt also besser, daß der Extrakt durch das Serum ausgeflockt wird, als umgekehrt. In der zweiten Arbeit bespricht Verf. die verschiedenen Methoden der Feststellung der Extraktlipoide. Zur Erklärung des Flockungsvorganges selbst möchte er nicht wie *Epstein* und *Paul* elektrische Vorgänge heranziehen, sondern er stellt sich die Flockung als eine Fettquellung der Lipoidteilchen durch Wasserentziehung vor. Auch *Klostermann* u. *Weisbach* (60) untersuchten die chemische Zusammensetzung der Flocken bei der Sachs-Georgi-R., sie benutzten dazu Ausflockungen, die in großen Mengen auf einmal hergestellt wurden. Sie fanden neben den Lipoiden eine unbedeutende Eiweißmenge, im Verhältnis von 9 : 1 und betrachten bei der Flockung die Globuline als Fällungsmittel, das Extraktlipoid als gefälltes Kolloid, entsprechend der 1911 von *P. Schmidt* entwickelten Auffassung für die Wa-R. Auf ganz ähnlichem Wege hat *Scheer* (98) die Flocken der Sachs-Georgi-R. chemisch analysiert. Er fand, daß die Flocken zu 56% aus den ätherlöslichen Lipoiden des Extraktes bestehen und daß sie demnach durch eine Bindung dieser mit den Serumglobulinen entstehen. Die durch Dialyse gegen destilliertes Wasser ausgeflockten Serumglobuline des Luetikerserums verlieren durch Ätherextraktion durchschnittlich nur 6,7%. *Sachs* und *Sahlmann* (95) versuchten die Eigenschaftern des Niederschlages auf biologischem Wege zu ergründen. Sie fanden, daß der größte Teil der antikomplementären Wirkung in den Niederschlag übergegangen ist. Der Flockungsniederschlag entsprach biologisch einem Syphilitikerserum mit Eigenhemmung; nach dem Erhitzen verhielt er sich aber wie ein reiner Extrakt. Das führt zu der Vorstellung, daß die Extraktbestandteile durch Serum-(Globulin-) Komponenten gewissermaßen umhüllt sind. Das an sich geringe Serumeiweiß in den Flocken spielt eine funktionell bedeutsame Rolle. Bei der Wa-R. ist das



wesentliche Moment eine Globulinveränderung, die die Ursache der antikomplementären Funktion ist, die durch geeignete Extrakte aber soweit verstärkt wird, daß es zur Ausflockung der mit einer Globulinschicht beladenen Extraktbestandteile kommt.

Mehrere Arbeiten befassen sich mit Kombinationen von Wa-R. mit Sachs-Georgi-R. oder mit verschiedenen Flockungsreaktionen. *Keining* (58) setzt zu der ausgeführten Sachs-Georgi-R. nachträglich das System der Wa-R. hinzu. Er fand, daß eine Abschwächung oder ein Verbrauch des Extraktes bei dieser kombinierten Anwendung nicht eintrat. Die Resultate beider Reaktionen erweisen sich in klinischer Hinsicht als spezifisch. Zu einem positiven Sachs-Georgi-Resultat gehört auch bei dieser Versuchsanordnung nicht unbedingt ein positives Wa-R.-Resultat. Zu einem negativen Sachs-Georgi kann ferner ein positiver Wa. gehören. Die theoretischen Folgerungen aus diesen Beispielen müssen im Original nachgelesen werden. *Rothmann* (91) arbeitete mit der gleichen Kombination und kommt zu abweichenden Schlußfolgerungen. Auch ihm bedeutet die Hemmung der Hämolyse in ausgeflockten Serumextraktgemischen keine spezifische positive Wa.-R., sie kann die Folge einer physikalischen Komplementadsorption durch makroskopische Flocken sein. Aus der Kombination der S.-G.-R. und Wa-R. können wir keine Folgerungen über das Wesen dieser Reaktionen ziehen. *Stühmer* und *Merzweiler* (106) fanden bei der gleichen Versuchsanordnung, daß die bei der Flockung überstehende Flüssigkeit keine Hemmung der Hämolyse mehr ergibt. Die Flocken dagegen ergeben, in Kochsalz aufgeschwemmt, die nachträglich sichtbar werdende Hemmung der Hämolyse.

Stern (102) kombinierte die Sachs-Georgi-R. und die Meinicke-R. gleichzeitig in ein und demselben Röhrchen und kam in seinen bisherigen 500 untersuchten Seren zu befriedigenden Ergebnissen. *Sachs* und *Georgi* (94) prüften aktive Seren mit ihrer Flockungsreaktion, welche jedoch versagten. Es ist aber möglich, die Ausflockung in Erscheinung treten zu lassen durch eine Erhöhung der Salzkonzentration des Mediums. Die Verf. glauben, daß durch die erhöhte Kochsalzkonzentration die die charakteritstische Reaktionsfähigkeit hemmende Umhüllung der Extraktteilchen mit labilen Serumglobulinen verhindert wird. *Hecht* (41) beschreibt eine neue, unabhängig von *Sachs-Georgi* und *Meinicke* entstandene Flockungsreaktion, deren Hauptvorzug eine deutlich sichtbare Flockung in Form einer großen, schleimigen durchscheinenden Kugel ist. Das Wichtigste der Reaktion ist die Einstellung des Extraktes.

v. Gutfeld (38) verglich die Dritte Meinicke-R. mit der Wa.-R. und fand in 94,9% annähernde Übereinstimmung. Nach seinen Erfahrungen empfiehlt sich nicht eine nochmalige Ablesung nach 24 Stunden Zimmertemperatur. Als zweckmäßige Kontrolle der Ausschaltung eigenflockender Seren wird absoluter Alkohol benutzt, der in gleicher Weise wie der alkoholische Extrakt zur Reaktion vorbereitet wird. Im Gegensatz zu den Erfahrungen der meisten Untersucher hatte *Müller* (76) bei Vergleichen zwischen der S.-G.-R. und Wa.-R. bei den nicht behandelten und bei den Fällen von Lues I ein starkes Überwiegen der positiven Resultate zugunsten der Wa.-R. Ein freilich nur ganz geringes Überwiegen der positiven Ergebnisse



bei S.-G.-R. fand sich bei den behandelten Lues II-Fällen und bei den nicht behandelten Fällen von Lues latens. Verf. betont sehr die Schwierigkeit des Ablesens bei S.-G. und hält die Spezifizität aller positiven Reaktionen noch nicht für absolut sicher erwiesen.

Mehrere Arbeiten befassen sich mit dem Vergleich der S.-G.-R. mit der Dritten Meinicke-R. und der Wa.-R. *Strempel* (105) betont neben der Übereinstimmung zwischen Flockung und Wa.-R. in 90% der Fälle, daß die Flockung in manchen Fällen von Lues I eher positiv wird und in behandelten Fällen länger positiv bleibt. Die beiden Flockungsreaktionen stimmten bei ihm in weitgehendem Maße überein. Er gibt bei S.-G.-R. der reinen Brutschrankmethode den Vorzug vor der Brutschrank-Zimmer-Methode wegen der Neigung zu unspezifischem Verhalten der letzteren bei gewissen Krankheitsgruppen. Die S.-G.-R. gestattet infolge der Kontrollen eine sicherere Beurteilung als die Dritte Meinicke-R. Zu ganz entsprechenden Schlußfolgerungen kommt *Weißbach* (117) bei seinen Vergleichen der drei Reaktionen, und auch *Schneider* (100) kommt zu ganz ähnlichen Prozentzahlen beim Ausfall der drei Reaktionen. Auch er betont, daß die spätpositiven schwachen Ausfälle bei der S.-G.-R. mit Vorsicht verwertet werden müssen.

Dold (15) beschreibt eine vereinfachte Flockungsreaktion, deren Hauptvorzug sein soll die Ablesbarkeit nach 1—2 Stunden. Er verwendet die gleichen Extrakte wie *Sachs-Georgi*, mischt sie im Verhältnis 1 : 10 mit neutraler physiologischer Kochsalzlösung. Hiervon werden 2 ccm zu 0,4 ccm inaktivierten Serums hinzugesetzt. Das Gemisch bleibt 2—3 Stunden im Brutschrank und soll nach weiteren 1—2 Stunden Zimmertemperatur abgelesen werden. Positiver Ausfall der Reaktion kennzeichnet sich durch größere Trübung im Vergleich zu den Kontrollen. *Poehlmann* (88) hat die Reaktion nachgeprüft und findet, daß sie zur Frühablesung sich nicht eignet, weil in vielen positiven Fällen keine hinreichende Trübung erkennbar ist. Als Spätablesung, wobei aus der Trübung eine Flockung wird, ist die Reaktion brauchbar und in ihren Resultaten übereinstimmend mit der S.-G.-R. Letztere hat gegenüber der Wa.-R. den Vorzug größerer Reaktionsbreite; sie reagiert bei unbehandelten Primäraffekten früher positiv und bleibt bei behandelten Fällen länger positiv als die Wa.-R. Auch *Winkler* (120) fand, daß bei der *Dold*-Reaktion sich am ersten Tage nur ein Drittel der Fälle ablesen lassen, ein Nachteil im Vergleich zur S.-G.-R. und zur Wa.-R.

Langer (65) weist auf die Grenzen hin, die uns bei der Bewertung der Luesreaktionen gezogen sind, so daß eine negative Reaktion nicht beweiskräftig ist. Die Reaktionen sind nicht spezifisch, sondern nur „vor allem für Lues charakteristisch"; sie sind nicht mehr als ein Symptom.

Bauer (4) hat bei den Fleckfieberepidemien in Sibirien festgestellt, daß die Wa.-R., am inaktivierten Serum vorgenommen, fast stets positiv ausfällt, wenn die Blutentnahme vor der Krisis geschieht. In der Rekonvaleszenz verschwindet die Reaktion wieder. Die Wa.-R. eignet sich nach dem Verf. zur Differenzialdiagnose zwischen Fleckfieber und Typhus abdominalis.

Heinemann (42) ging der schon früher festgestellten Tatsache nach, daß sich bei Malariakranken eine große Anzahl von Seren fanden, die gegenüber Wasser-




mann und Flockung ein differentes Verhalten zeigen. Der Wassermann war viel häufiger positiv als die Flockungen. Er konnte nun feststellen, daß der Reaktionstyp Wa.-R. — Fl. + nur selten unspezifisch zu sein scheint, daß aber die so außerordentlich häufigen, vorübergehend auftretenden Umstimmungen vom Typ Wa.-R. + Fl. — zum größten Teil unspezifisch sind. Bei der Komplementbindungsreaktion hängt der Ausfall weitgehend von der Auswahl des Extraktes ab. Unspezifische positive Umstimmung ist stets vorübergehend, sie verschwindet unter Chininbehandlung. Chinin kann aber auch spezifisch umgestimmte Seren vorübergehend negativ machen. Es ist die Verwendung beider Methoden, Wa.-R. und Flockung. zu empfehlen. Die Untersuchungen *Fabinyis* (24) wurden schon im vorigen Literaturbericht (vgl. S. 201*) behandelt. Verf. weist noch besonders darauf hin. daß zwischen der Gesamtmenge der Globuline und deren Fällbarkeit kein Zusammenhang vorhanden ist. Die untere Fällungsgrenze der Globuline wird von den aktiven Blutseren viel empfindlicher gezeigt als von den inaktivierten, dagegen geben die inaktiven Seren in den höheren Ammoniumsulfatkonzentrationen einen voluminöseren Niederschlag. Es besteht bei der Syphilis eine erhöhte Labilität der Globuline.

Nathan und *Herold* (77) untersuchten die Senkungsgeschwindigkeiten der roten Blutkörperchen bei Syphilis mit besonderer Berücksichtigung des klinischen Stadiums der Krankheit. Die Geschwindigkeit ist erhöht bei primärer Lues mit pos. Wa.-R., stark erhöht bei sekundärer Lues. Die Intensität der Erhöhung entspricht in gewissem Grade der der Schleimhauterscheinungen. Eine Provokation durch Salvarsan kann Verstärkung des Phänomens hervorrufen. Lues III zeigt eine mäßige Senkungsziffer. Unter antiluetischer Behandlung pflegt die Senkungsziffer zurückzugehen. Sie geht, im allgemeinen gesprochen, dem Grad der reaktiven Abwehrvorgänge proportional. Zwischen der Wa.-R. und der Senkungsgeschwindigkeit bestehen keine Beziehungen. Die Steigerung der Senkungsgeschwindigkeit ist weder spezifisch noch charakteristisch für Syphilis, sie ist aber ein neuartiger Ausdruck für die unter dem Einfluß der Infektion sich abspielenden reaktiven Vorgänge.

b) Liquor.

Hauptmann (40) vergleicht die Liquorbefunde in den verschiedenen Stadien der Syphilis. Er weist auf die großen Differenzen in den Angaben der Autoren über die Häufigkeit von Liquorveränderungen im Sekundärstadium hin. Er erklärt sie damit, daß in den Statistiken ganz verschiedene Formen von Frühsyphilis gemischt enthalten sind. Verf. verzichtet daher auf prozentuale Gesamtuntersuchungen und betrachtet die einzelnen Kategorien gesondert: 1. Fälle mit Haut-Schleimhauterscheinungen, 2. Fälle ohne solche mit pos. Blut-Wa.-R., 3. Fälle. die sicher infiziert waren, jetzt aber weder pos. Blut-Wa.-R. noch sonstige Zeichen aktiver Syphilis zeigen. Andererseits teilt Verf. seine 165 Fälle von Frühsyphilis und 152 Fälle von Spätsyphilis je in 3 Untergruppen, nämlich in unbehandelte, in sicher gut behandelte und in ungenügend behandelte Fälle. Bei der Zellzählung hat er über 15/3 Zellen als pathologische Vermehrung gebucht.



Bei den Veränderungen des Liquors steht nach Verf. sowohl bei behandelten, wie bei unbehandelten Fällen die Pleozytose an der Spitze. In der Kategorie I fanden sich durchschnittlich 33% Liquorveränderungen und in 10% objektiv feststellbare Krankheitserscheinungen seitens des Nervensystems. Beide Veränderungen gehen aber nicht parallel; dem kranken Liquor entsprach nur in ca. 18% ein krankhafter Nervenbefund; und die objektiv nervenkranken Patienten zeigten in 60% einen pathologischen Liquorbefund. In der Kategorie 2 fanden sich in ca. 60% Liquorveränderungen und in ca. 32% krankhafter Nervenbefund. Dem kranken Liquor entsprach aber nur in ca. 44% ein krankhafter Nervenbefund; und die objektiv nervenkranken Patienten zeigten in ca. 78% einen pathologischen Liquorbefund. In der Kategorie 3 fanden sich in ca. 13% Liquorveränderungen und in ca. 11 % ein krankhafter Nervenbefund. Dem krankhaften Liquor entsprach wieder nur in ca. 25% ein krankhafter Nervenbefund; und die objektiv nervenkranken Patienten zeigten in 50 % einen pathologischen Liquor.

Aus den Schlußfolgerungen der Arbeit sei folgendes hervorgehoben, wobei die Begründung der Schlüsse im Original nachgelesen werden muß: Die zu Hauteffloreszenzen neigende Lues befällt weniger häufig das Nervensystem, was gleichzeitig die Anschauung ablehnt, daß Pleozytose ursächlich mit syphilitischen Hauterscheinungen zusammenhängt oder eine Teilerscheinung einer im Sekundärstadium der Lues vorhandenen allgemeinen Vermehrung der Lymphozyten ist. Trotz scheinbarer Widersprüche bestärken die Befunde die Annahme, in den Liquorveränderungen den Ausdruck einer spezifischen Affektion des Zentralnervensystems zu sehen. Wahrscheinlich findet im Frühstadium regelmäßig eine Durchsetzung auch des Zentralnervensystems mit Spirochäten statt. Praktisch wichtig ist, den Liquorbefund mit zur Richtschnur für die Therapie zu nehmen, während umgekehrt auch liquor-gesunde Fälle in erheblicher Zahl krankhaften Nervenbefund zeigen können und der Neurologe entscheiden muß, ob es sich dann um einen aktiven Prozeß oder um eine „Narbe" handelt.

Schäbers (97) Zusammenstellung bestätigt einen Teil der Untersuchungen *Hauptmanns*; er fand als Durchschnittszahl der Liquorveränderungen bei Fällen von Syphilis mit Hautveränderungen 11,2%. Eine fast gleich große Zahl von Fällen ohne Hautveränderungen ergab in 19% Liquorveränderungen. Die jeweiligen Exanthemformen sind also nicht von Einfluß auf die Liquorveränderungen.

Breuer (11) fand bei luetischen Säuglingen, abgesehen von vereinzelten positiven Liquor-Wa.-R. stets negative Liquorbefunde, weder fand sich Druckerhöhung, noch Zellvermehrung, noch Eiweißvermehrung, noch eine positive Mastixreaktion. Anders bei älteren Kindern, obwohl sie in größerer Zahl stark behandelt waren und einen negativen Blut-Wassermann hatten. Hier zeigte der nach Wa.-R. negative Liquor in 73% eine krankhafte Veränderung, während nur 9,5% der Kinder Nervenstörungen im engeren Sinne aufwiesen. Verf. folgert daraus, daß die Behandlung und der neg. Blut-Wa. kein Zeichen ist für das Aufhalten des geistigen Verfalls und für Stillstand des luetischen Prozesses im zerebrospinalen System.

Die Zusammenstellung von *Meyerbach* (73) über das Schicksal von 140 Lue-



tikern mit pos. Blut- und neg. Liquor-Wa. wird beeinträchtigt durch den Umstand, daß die Fälle von 1907—1911 im Liquor nur bis 0,2, von 1911—1914 bis 1,0 als negativ festgestellt sind. Die ausführliche Arbeit eignet sich nicht zu kurzem Referat. Bei dem vorliegenden Material fand sich 21mal Pleozytose als einzige Liquorveränderung, 18mal bestand als einzige Veränderung eine positive Phase I-R. Wichtig ist die Feststellung, daß 7 Fälle von den 140 Luetikern später am Nervensystem luetisch erkrankt sind, bzw. zu einer bereits bestehenden nervösen *Erkrankung* eine andersartige dazu bekommen haben.

Eicke und *Löwenberg* (19) untersuchten syphilitische positive Liquoren hinsichtlich der Abnahme der Reaktionsstärken nach dem Inaktivieren des Liquors. Unbeeinflußt blieben durch das Inaktivieren: bei Lues II nur 25%, bei Lues cerebrospinalis 33% und bei der Paralyse 83%; je frischer also die Infektion, desto leichter ergeben sich Veränderungen des Liquors durch das Inaktivieren. Verff. vermuten, daß im Sekundärstadium die Fälle, welche beim Inaktivieren eine Abschwächung der Wa.-R. bis zum Negativwerden erfahren, prognostisch günstiger zu beurteilen sind. *Eicke* (18) fand dann weiter, daß fünf Paralysen mit neg. Blut-Wa. im Liquor positiv reagierten, diese Reaktion aber nach Inaktivierung bei 56° negativ wurde; diese als Paralysen aufgefaßten Fälle nehmen somit eine Sonderstellung ein. Er weist darauf hin, daß bei der Paralyse ein sehr hitzebeständiger Hemmungskörper im Liquor auftritt, der mit der bei 33%iger Sättigung mit Ammonsulfat ausfallenden Euglobulinfraktion in einem gewissen Zusammenhang zu stehen scheint. Aus der Anwendung verschieden abgestufter Inaktivierungsgrade ergibt sich bei den luetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems vielleicht die Möglichkeit einer Diffenzialdiagnose. Auch *Kafka* (47) weist auf diese Möglichkeit hin und fordert unbedingt Untersuchung des aktiven und inaktiven Liquors nebeneinander. Er fand in vereinzelten Fällen Eigenhemmung des Liquors. Diese läßt sich durch die Inaktivierung aufheben. Wenn sie in geringem Grade vorhanden ist, kann sie eine positive Liquorreaktion verstärken. *Langer* (66) fand im Liquor von Säuglingen wiederholt pos. Wa.-R. ohne klinische Ursache; bei Auswertung bis 1,0 trat die pos. R. auch auf ohne sonstige zerebrale Erscheinungen; nach dem Inaktivieren oder mehrere Tage Stehenlassen fehlte die pos. R.; sie war also unspezifisch. Es empfiehlt sich also unbedingt Inaktivierung des Liquors, besonders bei der kindlichen Spinalflüssigkeit.

Kafka (46) stellt erneut fest, daß negative oder fast negative Wa.-R. im Blute bei positiver Wa-R. im Liquor in der Dosis von 0,2 manchmal auch von 0,5, bei typischen Paralysen vorkommen kann, und zwar nicht als abnorme Seltenheit. Das Phänomen kann auch auftreten ohne Salvarsanbehandlung in irgendeinem Stadium, es ist nicht die Folge unmittelbar vorausgehender intensiver Behandlung. Verf. weist auf die Wandlungen im klinischen Bild der Paralyse hin, auf die Geringfügigkeit der makroskopischen Veränderungen bei typischen Paralysen.

Schmelcher (99) prüfte den Liquor bei Paralysen, die intensiv mit Silbersalvarsan behandelt waren. Bei den gewöhnlichen Gaben von Silbersalvarsan (3 g) verschwand nur die Pleozytose, was aber auch spontan bei Bettruhe erfolgen kann. Bei hohen Einzelgaben (0,5) und großer Gesamtmenge (8—9 g) Silber-

salvarsan ließ sich die Wa.-R. im Blut und teilweise auch im Liquor negativ machen. Eiweißvermehrung im Liquor ging teilweise zurück, am konstantesten blieb die Goldreaktion. Verf. meint je mehr die Liquorreaktionen sich durch die Therapie beeinflussen lassen, desto günstiger ist die Prognose für die Dauer einer Remission auch klinisch.

Hoefer (43) untersuchte mittels des Löweschen Interferometers die Konzentration des Liquors. Er ermittelte den interferometrischen Trommelwert (J.W.) für den normalen Liquor mit etwa 1200—1300 und fand dann bei pathologischen Liquoren Werte von über 1300—1400 und 1500. Die Methode stellt nur die Konzentrationserhöhung an sich fest, nicht, wodurch diese bedingt ist und ist daher nur in Kombination mit anderen Methoden anwendbar, orientiert andererseits schnell über etwaige Veränderungen des Liquors und ist sehr empfindlich.

Der Vortrag *Fleichmanns* (26) enthält die in der Originalarbeit des Verf., welche im vorjährigen Literaturbericht (S. 205*) referiert wurde, niedergelegten Theorien. *Weinberg* (116) bekämpft auf Grund seiner fraktionierten Zellzählungen im Liquor die Ansicht *Nonnes*, daß das Ergebnis der lumbalen Liquoruntersuchung über den pathologischen Zustand des gesamten Liquors zu orientieren vermag. Aus dem Material von fast 200 Fällen zeigt er, daß tatsächlich enorme Zellunterschiede zwischen den einzelnen Liquorportionen bestehen können. Es bestehen auch Unterschiede in der Eiweißmenge und im Globulingehalt. Die Differenz in den Zellzahlen geben u. U. einen Hinweis auf den Sitz der Erkrankung. *Weigelt* (114) berichtet auf Grund eines großen Materials, daß der normale Liquor in den Ventrikeln eine geringere Eiweißkonzentration zeigt, als im Lumbalraum. Auch die Zellzahl zeigt sich kaudalwärts als zunehmend. Die Erklärung der zunehmenden Eiweißkonzentration liegt darin, daß die Liquorresorption hauptsächlich in den Rückenmarkshäuten und an den Wurzelaustrittsstellen stattfindet. Liquorverschiebungen im Dursalsack finden vor allem bei extremen Körperbewegungen, besonders beim Kopfsenken statt und führen zur Mischung der Liquorschichten. Die Mischung ist am weitgehendsten, wenn der Duralsack unter sehr niedrigem Druck steht. Im pathologischen Liquor gestattet die Differenz der Zell- und Eiweißwerte einen Rückschluß auf den Sitz der Erkrankung. Verf. beantwortet eine alte Streitfrage über den Entzündungsvorgang auf Grund seiner Studien dahin, daß nach einer Gewebsschädigung zuerst Exsudation flüssiger Bestandteile und später Emigration von Zellen erfolgt. Im Gegensatz zu *Weigelt* nimmt *Becher* (7) an, daß die Hauptsekretions- und Resorptionsstellen des Liquor innerhalb des Schädels, nicht weit voneinander entfernt liegen. Nach ihm kommt eine Liquormischung durch vom Gehirn aus über den Arachnoidealsack hinweg verlaufende periodische Wellen zustande. Derselbe Mechanismus, der zum großen Teil die Hirnvolumschwankungen ermöglicht, verursacht auch die Liquormischung im spinalen Arachnoidalsack. *Walter* (112) nimmt vor allem Stellung zur Frage von der Herkunft des Liquors und teilt eine interessante Beobachtung mit: Bei einer Querschnittsmyelitis mit vollkommener flächenhafter Verwachsung der Dura, Arachnoidea und Pia in der ganzen Zirkumferenz des Rückenmarks hatte die Lumbalpunktion unterhalb der Stelle normale Zusammensetzung in bezug auf



Zell- und Eiweißgehalt. Er schließt daraus, daß der Liquor als Sekret der Meningen oder der Medulla selbst angesehen werden muß.

Widmayer (119) bestätigt, daß bei Meningitis tuberculosa der Kinder die Pándysche Reaktion stets positiv ausfällt und zwar meist schon am Ende des ersten Stadiums der sensiblen und sensorischen Erregung. Sie war konstanter als Zell- und Druckvermehrung, Gerinnselbildung und ähnliches und wird besonders auch zur Differenzialdiagnose z. B. gegen beginnenden Typhus empfohlen.

Ellinger (20) hat die von *Stern* und *Poensgen* zuerst veröffentlichte Ausflockungsmethode mit Kollargol methodisch weiteruntersucht und kommt seiner Meinung nach zu einer Verbesserung durch Verwendung von stärkeren Kollargolkonzentrationen und einer Steigerung der Konzentration der zum Liquorverdünnen benutzten Kochsalzlösung von 0,85% bis zu 2%. Ein besonderer Vorteil soll das meist schon nach ganz kurzfristiger Beobachtung (10—20 Minuten) ablesbare Ergebnis sein. Verf. empfiehlt zur Erprobung an größerem Material zwei etwas voneinander abweichende Anordnungen. Seine Resultate zeigen fast vollkommene Übereinstimmung mit der Wa.-R. nach der positiven und negativen Seite und haben ein charakteristisches Verhalten bei syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems.

Fuß (29) ging bei seinen Untersuchungen an stärkere Liquorkonzentrationen heran, als sie bei der Technik von *Lange* angegeben sind und fand bei mehreren Liquores schon bei diesen Beginn der Ausflockung. Vollkommene Schutzwirkung auf die Goldsole, deren Kurve sonach eine Grade in Rot darstellte, zeigten die mit Aqua dest. verdünnten Liquores. Verdünnung mit physiologischer Kochsalzlösung flockten stärker aus als mit 0,4% Kochsalzlösung. Seren von Luetikern und Normalen in Verdünnung mit 0,4% Kochsalzlösung gaben keine brauchbaren Resultate, sie ergaben unterschiedslos bei den verschiedensten Fällungsbreiten eine stark positive Reaktion. Bei inaktivierten Untersuchungsflüssigkeiten waren die Fällungskurven meist flacher und weniger ausgedehnt, als bei aktiven. Das spricht nach Verf. dafür, daß den Globulinen ein nicht unwesentlicher Anteil bei der Fällung zukommt. Verf. konnte ebenfalls eine Verringerung des Ausflockungstypus bei Liquoren mit verstärkter Albuminreaktion (Guillain-Parant) feststellen und neigt, wie *Eicke*, zu der Annahme, daß die Goldschutzkolloide aus albuminartigen Eiweißkörpern bestehen. *Kastan* (57) konnte bei den Taboparalysenliquores einen zwar nicht völlig konstanten aber doch besonderen Kurventypus finden. Im Vergleich zur Tabes findet eine Ausfällung meist schon in der Verdünnung 1 : 40 statt, von der Paralyse unterschied sich der Typus dadurch, daß nicht in den ersten Gläsern die stärkste Ausfällung bewirkt wurde. Die Kurve ähnelt mehr der Tabes- als der Paralysekurve, spiegelt aber bis zu einem gewissen Grade die klinischen Symptome wieder, je nach Überwiegen des tabischen oder paralytischen Prozesses.

Goebel (33) begann bei Anstellung der Mastixreaktion nicht mit der üblichen Liquorverdünnung von ¼ sondern schaltete noch ein Glas mit ½ Liquorverdünnung davor. Die Kurvendifferenz zwischen Paralyse, Tabes und Lues cerebri wurde durch die Unterschiede in diesem ersten Röhrchen viel deutlicher. Die



Reaktionsbilder sind nicht rein quantitativ, etwa durch Eiweißvermehrung, bedingt, denn bei Verdünnung der kranken Liquores mit normalem Liquor um die Hälfte und mehr zeigte es sich, daß die Kurventypen gewahrt blieben. Neben quantitativen müssen offenbar auch qualitative Unterschiede in der Liquorzusammensetzung bestehen. Verf. führt die verschiedenen Mastixkurven auf zwei Grundtypen zurück: den Paralysetyp und den Blutserumtyp. Er fand interessante Beziehungen zwischen den Eiweißreaktionen und der Mastixreaktion. Je stärker die Weichbrodtreaktion im Verhältnis zur Phase I-Reaktion war, um so mehr näherte sich die Kurvenform der Mastixreaktion dem Paralysetyp und umgekehrt. Aus Vergleichen mit anderen Körperflüssigkeiten kommt Verf. dazu, aus der Form der Mastixkurve bis zu einem gewissen Grade ablesen zu können, ob es sich vorwiegend um eine Schädigung des Gefäßsystems resp. der Meningen oder der Gehirn- und Rückenmarkssubstanz selbst handelt.

Zur möglichst gleichmäßigen Herstellung der Kochsalzlösung für Mastix benutzt *Kafka* (53) mit Erfolg das Normosal der Sächsischen Serumwerke in Dresden. Er verzichtet auf den Salzvorversuch nach *Jakobsthal* und *Kafka*. Die so modifizierte Technik nennt Verf. nun Normomastixreaktion. Er empfiehlt auch, die Mastixversuchslösung mit Sudan III zu färben, wodurch sich die Reaktion schöner darstellt und deutlicher ablesbar wird.

---

9. Idiotie, Imbezillität, Psychopathie, Hilfsschule, Fürsorgeerziehung.

Ref.: F. Schob-Dresden.

1. *Aguglia Eugenio* (Catania), Idiotismo ed eredo-sifilide. Riv. ital. di neuropatol. psich. e elettro-terap. Vol. 14, fasc. 1, Zentralblatt f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 27.
2. *Anton*, G. (Halle a. S.), Bedeutung des Psychopathen im öffentlichen Leben und öffentliche Fürsorge für Psychopathen. Beitr. zur Kinderforschung u. Heilerziehung. H. 164.
3. *Anton*, *G* (Halle a. S.), Röntgendiagnostik und Entwicklungsstörungen. Vortragsbericht. 22. Vers. Mitteldeutscher Psych. u. Neurol., Halle, Okt. 1919. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E. Bd. 20.
4. *Bielschowsky*, *Max*, Zur Histopathologie u. Pathogenese der amaurotischen Idiotie mit besonderer Berücksichtigung der zerebellaren Veränderungen. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 26. (S. 204*.)
5. *Birnbaum*, *H*. (Landsberg a. Warthe), Psychopathenfürsorge. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 69 (S. 211*.)
6. *Brückner* (Dresden), Die psychopathischen Kinder. Sitzungsbericht v. 1. 11. 1920. Münch. med. Wochschr. Nr. 11.



7. *Brunet*, *Frédéric*, L'assistance des psychopathes non internables. L'Information des aliénés et de neurol. Nr. 1, p. 19. Suppl. de l'Encéphale. Ann. 16, Nr. 1, p. 19. Nach Ref. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 25. (S. 209*.)
8. *Bundt*, Psychopathenfürsorge. Ztschr. f. Medizinalbeamte, Nr. 1.
9. *Cavengi* (Santiago), Beitrag zum Studium des Mongolismus. Pediatr. espan. Ann. 10.
10. *Chavigny* et *Cuny* (Straßburg), Les réactions des psychopathes; leur teinte professionelle. L'Encéphale, Ann. 16.
11. *Cozzolino*, *O.*, L'encephalo in un caso d'idiozia mongoloide. Studio antropologico. (Instit. di Clin ped. dell' Università di Parma.) Pediatria. Vol. 29. (S. 205*.)
12. *Crüger*, *Martin* (Struveshof-Berlin), Das Hilfsschulkind in der Fürsorgeerziehung. Hilfsschule Jahrg. 14, Nr. 2. (S. 210*.)
13. *Dollinger*, Zur Ätiologie des Mongolismus. (Zugleich eine Erwiderung auf den gleichnamigen Artikel wie *Stöltzner* in München, Med. Wochenschr. 66, 1493—1914). Ztschr. f. Kinderheilkunde, Bd. 27. (S. 205*.)
14. *Dollinger*, *A.* (Charlottenburg), Beiträge zur Ätiologie u. Klinik schwerer Formen angeborener und früh erworbener Schwachsinnigenzustände, mit einem Anhang über Längen- und Massenwachstum idiotischer Kinder. (Monograph. a. d. Ges. der Neurol. u. Psych. H. 23.) Jul. Springer, Berlin. 98 S. 56 M. (S. 203*.)
15. *Dubs*, *Eugen* (Zürich), Über Verlauf u. Prognose der moralischen Idiotie. Iaug.-Diss. Zürich.
16. *East*, *W.* (Norwood), A case of moral imbecillity. Lancet, Vol. 201.
17. *Engelbrens*, *J. H.*, Der Einfluß des Forceps auf die späteren körperlichen u. geistigen Eigenschaften des Kindes. Ned. Tidschr. voor Geneesk. Vol. 64.
18. *Fischer*, *H* (Köln), Die Beziehungen zwischen kongenitalen Entwicklungshemmungen der Haut u. Defekten des Intellekts u. der Psyche. Archiv f. Dermatol. u. Syph. Orig. Bd. 134.
19. *Frus*, *J.*, Entwicklung u. Organisation der Fürsorge des Schwachsinnigen. Věstník česk. lék. Ann. 33, Nr. 30.
20. *Galant*, *S.* (Rosegg), Praktische Intelligenz u. moralische Imbezillität. Arch. f. Psych. Bd. 64.
21. *Goddard*, *Henry* (Columbus, Ohio), The problem of the psychopathic child. The American journ. of insanity. Vol. 72.
22. *Gregor* (Dösen-Leipzig), Psychiatrische Tätigkeit in d. Fürsorgeerziehung. D. Verein f. Psych., Jahresvers. Dresden, April 1921. Bericht Zentralbl. f. d. g. Neurol. u. Psych. Bd. 25. (S. 211*.)
23. *Hartmann*, Die Notwendigkeit einer besonderen Verwahrung der geistig Minderwertigen während der Minderjährigkeit und nach der Fürsorgeerziehung. Zentralbl. f. Vormundschaftswesen, Jugendgericht u. Fürsorgeerziehung. Jahrg. 13. (S. 209*.)

24. *Hirsch*, *S.*, Zur Klinik u. Pathogenese des dystrophischen universellen Infantilismus. Ztschr. f. d. g. Neur. u. Psych. Bd. 72. (S. 207*.)

25. *Hoffmann*, *R. A. E.*, Psychotherapie bei Psychopathen. Ztschr. f. d. g. Neur. u. Psych. Bd. 69.

26. *Homburger* (Heidelberg), Über amyostatische Symptome bei schwachsinnigen Kindern. Vortrag, Wandervers. Südwestdeutscher Neurol. u. Irrenärzte, Baden-Baden 1920. Ztschr. f. d. g. Neur. u. Psych. R. u. E. Bd. 23.

27. *de Jong*, *H.* (Amsterdam), Essential limitation and subdivision of idiocy on a comporative-psychological basis. Journal of nerv and mental dis. Vol. 54.

28. *Josephy*, *Hermann* (Hamburg), Zur Pathologie der tuberösen Sklerose. Ztschr. f. d. g. Neur. u. Psych. Orig. Bd. 67 (S. 207*.)

29. *Kelynack*, *T. N.*, Mentally defective and retarded children in institutions Child. Vol. 11.

30. *Laehr*, *Hans* (Wernigerode), Wohlfahrtsministerium u. Psychopathenfürsorge. Dtsche med. Wochenschr. Nr. 5.

31. *Laignel-Lavastine* et *Henyer*, G., Débilité mentale avec obésité dysendocrinienne chez un hérédo-syphilitique. Encéphale. Ann. 16.

32. *Laignel-Lavastine* et *Maingot*, *G.*, La phénoscopie des psychopathes. Bull. de l'acad. de méd. Vol. 86.

33. *Leahy*, *Sylvester R.* (New York), The mentally deficient child, its care, education and future. Long Island med. journal. Vol. 15.

34. *Marinesco*, *G.* (Bukarest), Contribution à l'étude de l'histologie pathologique et de la pathogénie dans l'idiotie amaurotique. Cpts. rend. des séances de la Soc. de Biolog. Vol. 84, Nr. 19; le même: Encéphale Ann. 16, Nr. 9. (S. 205*.)

35. *Mc Cready*, *G.* (*Bosworth*), The delicate backward and nervous child as a medical problem. Med. record. Vol. 99.

36. *Meggendorfer*, *Friedr.* (Hamburg-Friedrichsberg), Klinische und genealogische Untersuchungen über „moral insanity“. Ztschr. f. d. g. Neur. u. Psych. Orig. Bd. 66. (S. 209*.)

37. *Meissner*, *R.* (Breslau), Myxödem mit pluriglandularer Insuffizienz. (Tod durch Kleinhirnerweichung.) Münch. med. Wochschr. Nr. 16.

38. *Nadolny*, *Gertrud* u. *Wernburg*, *W.* (Halle), Das Blutbild der mongoloiden Idiotie. Ztschr. f. Kinderheilk. Bd. 29. (S. 205*.)

39. *Peiper*, *Albrecht*, Die Minderwertigkeit der Kinder alter Eltern. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 46. (S. 205*.)

40. *Perl*, *J. E.* (Rostock), Über inkomplette Formen des Myxödems. Ztschr. f. d. g. Neur. u. Psych. Orig. Bd. 71. (S. 207*.)

41. *Pighini*, *Giacomo* (Reggio nell'Emilia), Richerche sulla endemia gozzocretinica nelle regione Veneto-Lombarde e nella Provinzia di Reggio-Emilia. Rivista speriment. di freniatria. Vol. 44.



42. *Prideaux*, *E.*, The relation of psycho-neuroses to mental deficiency. Journ. of neurol. and psychopath. Vol. 2.

43. *Reiter*, *Hans* u. *Osthoff*, *Herm.* (Rostock), Die Bedeutung endogener und exogener Faktoren bei Kindern der Hilfsschule. Ztschr. f. Hygiene u. Infektionskrh. Bd. 94.

44. *Schnell*, *Walter* (Halle a. S.), Schulärztliche und sozialhygienische Gesichtspunkte zur Hilfsschulfrage. Hilfsschule Jhrg. 14.

45. *Schnitzer*, *Hubert* (Stettin), Über Psychopathenfürsorge. Ztschr. f. d. g. Neur. u. Psych. Orig. Bd. 68. (S. 210*.)

46. *Schultz*, *J. H.*, (Weißer Hirsch, Dresden), Psychopathie und Konstitution. Vortragsbericht, Halle a. S. Jan. 1921. Münch. med. Wochenschr. Nr. 26.

47. *Schultze*, *Ernst* (Göttingen), Spielmeyer-Vogtsche amaurotische Idiotie. Demonstration 21. 7. 21. Münch. med. Wochenschr. Nr. 35.

48. *Schuster*, *Gyula* (Budapest), Seelische Traumen im Kindesalter. Gyógyászat Nr. 20 (ungarisch).

49. *Simon*, *Th.*, Peut-on fixer une limite supérieure à la débilité mentale? Annales méd. psychol. Ann. 79.

50. *Slauck*, *Arthur* (Heidelberg), Beiträge zur Kenntnis der Muskelveränderungen bei Myxödem und Myotonia atrophica. (Aus der psychiatrischen Klinik, München.) Ztschr. f. d. g. Neur. u. Psych. Orig. Bd. 67.

51. *Slauk*, *Arthur* (Heidelberg), Beiträge zur Kenntnis der Muskelatrophie. Ztschr. f. d. g. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 71.

52. *Spaet*, *Franz* (München), Der Fürsorgearzt. Ein Hilfsbuch f. Ärzte, Behörden u. Fürsorgestellen. München, J. F. Lehmann.

53. *Theunissen*, *W. F.*, Psychopathische Individuen. Geneesk. tidschr. voor Ned. Indii. Vol. 60.

54. *Thursfield*, *Hugh.*, Notes of mongolisme. British journ. of children dis. Vol. 18. (S. 205*.)

55. *Timme*, *Walter*, The mongolian idiot: a preliminary note on the sella turcica findings. Arch. of neurol. and psych. Vol. 5. (S. 205*.)

56. *Tredgold*, *A. F.*, Moral imbecility. Proceedings of the R. Soc. of med. Vol 14, Nr. 6. Sect. of psych. p. 13 and Clinical journal Nr. 39.

57. *Vas*, *J. Jeus* (Budapest), Die Rolle der endokrinen Drüsen in der Ätiologie des Mongolismus. Orvosi hetilap, Ann. 65.

58. *Weygandt*, *W.* (Hamburg), Der Geisteszustand bei Turmschädel. Dtsch. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 68/69. (S. 209*.)

59. *Weygandt*, *W.* (Hamburg), Hautveränderungen bei tuberöser Sklerose. Archiv f. Dermatol. u. Syphilis. Bd. 132. (S. 206*.)

60. *Zappert*, *J.* (Wien), Dementia infantilis (Heller). Wiener med. Wschr. Nr. 30. (S. 208*.)



Der Arbeit *Dollingers* (14) liegt ein Material von 70 im Augusta Victoria-Haus beobachteten schweren Idiotiefällen zugrunde. In der Einleitung werden die bisher geltenden Anschauungen über die Ursachen der Idiotie und Imbezillität einer eingehenden Kritik unterzogen, wobei sich Verf. besonders gegen die unlängst erschienene Arbeit von *Schott* wendet. Verf. weist darauf hin, daß die meisten der bisher als Ursachen angeschuldigten Momente eine nur unbedeutende Rolle spielen, das gilt sowohl von der erblichen Belastung, von Blutsverwandtschaft der Eltern, von Alkoholismus, Lues, Tuberkulose usw. der Erzeuger, wie von Rachitis, enteralen Störungen, fötalen Ernährungsstörungen, Krämpfen usw. der Kinder selbst. Dagegen wird dem Geburtstrauma und insbesondere der Häufigkeit der Frühgeburt unter den kindlichen Idioten eine größere Bedeutung zugemessen. Es ist dem Verf. entschieden beizustimmen, wenn er verlangt, daß an die Lehre von der Ätiologie eine gründliche Kritik angelegt werden muß. Im zweiten Teil wird der Versuche gemacht, ein neues Einteilungsprinzip aufzustellen; im dritten Teil werden die einzelnen Formen besprochen. Als einen irgendwie wesentlichen Fortschritt kann Ref. die Einteilung des Verf. nicht anerkennen. Bei neuen Einteilungsversuchen ist unbedingt zu fordern, daß die Ergebnisse der modernen Erblichkeitsforschung eingehend berücksichtigt und klare Begriffsbestimmungen angewandt werden; die Bezeichnung „angeborene Anomalien des Zentralnervensystems" ist nicht geeignet, die bisherige Begriffsverwirrung auf diesem Gebiete zu bessern. Der Ausdruck „Begleitidiotie" „im Gefolge von Nervenkrankheiten verschiedenster Art" ist nicht glücklich; der Verf. hat die Idiotieformen im Auge, die bisweilen in Verbindung mit den sogenannten heredodegenerativen Erkrankungen des Nervensystems auftreten: Diese Idiotieformen sind sicher nicht Folge, sondern Teilerscheinungen des Krankheitsprozesses und zeigen lediglich an, daß im betr. Fall auch das Großhirn in den Krankheitsprozeß mit einbezogen ist. Bei der „unter einem der postepileptischen Demenz ähnlichen Bilde verlaufenden Gehirnerkrankung bleibt Verf. den Beweis, daß das psychische Krankheitsbild der wohlcharakterisierten Dementia epileptica ähnelt, völlig schuldig. Dagegen sehe ich in den Ausführungen des Verf. über die Bedeutung des Geburtstraumas im allgemeinen und bei der Frühgeburt im besonderen eine wertvolle Anregung zu histopathologischer Prüfung dieser Frage. — Auf Grund seiner Untersuchungen über das Längen- und Massenwachstum der Idioten und Imbezillen kommt *D.* zu Ergebnissen, die von den bisher geltenden Anschauungen abweichen. Nach *D.* besitzen angeborene oder in früher Kindheit erworbene Gehirnerkrankungen, die selbst zu schwersten Idiotismus führen (Kretinismus natürlich ausgenommen), auf das Wachstum des jugendlichen Organismus keinen wesentlichen Einfluß; „eine Korrelation zwischen Körperentwicklung und geistiger Entwicklungshöhe" (*Goddard*) besteht also nicht. — In der Einleitung behauptet Verf., daß gerade der Kinderarzt in der Frage des Studiums des kindlichen Schwachsinns weit kompetenter sein dürfte, als der Psychiater. Jeder Psychiater, der aufrichtiges Interesse für die Frage des jugendlichen Schwachsinns hat, wird die Mitarbeit der Kinderärzte gern begrüßen, da von dieser Mitarbeit wertvolle Bereicherung unserer Kenntnisse zu erwarten ist. Ob auf Grund der zukünftigen Leistungen die Pädiatrie kompetenter sein wird, als die Psychiatrie,



mag getrost dem Urteil der Zukunft überlassen bleiben. Einstweilen dürfen die Psychiater noch das Verdienst für sich in Anspruch nehmen, daß durch ihre Arbeit immerhin schon eine Reihe von wissenschaftlichen und praktischen Fortschritten auf dem Gebiete des Schwachsinnigenwesens erzielt worden sind.

Aus der Arbeit von *Bielschowsky* (4), der bedeutungsvollsten, die seit den grundlegenden Arbeiten von *Schaffer* und *Spielmeyer* über die amaurotische Idiotie erschienen ist, seien nur einige Punkte besonders hervorgehoben: bei einigen spät-infantilen Fällen standen cerebellare Erscheinungen so im Vordergrund, daß an eine Komplikation der amaurotischen Idiotie mit cerebellarer Ataxie (*P. Marie*) gedacht werden mußte. Die pathologisch-anatomisch festgestellte Kleinhirnatrophie erwies sich aber mikroskopisch als nicht identisch mit der bei cerebellarer Heredo-ataxie zu findenden Kleinhirnveränderung. Handelt es sich bei der letzteren im wesentlichen um Untergang der Purkinjeschen Zellen und ihrer Axone, so waren in den Fällen der amaurotischen Idiotie die Purkinjezellen relativ gut erhalten, dagegen fand sich nahezu völliger Untergang der Körnerschicht, Ausfall der zentripetalen Moos- und Klettenfasern, sowie der die Purkinjezellen umhüllenden Korbfaserung, endlich Ausfall der kleinen Zellen der Molekularschicht. Sekundär hatte sich eine beträchtliche Gliawucherung gebildet. In einem weiteren, von *Bielschowsky* bearbeiteten Fall der infantilen Gruppe, der sich klinisch bereits durch abnorm lange Dauer ausgezeichnet hatte, fand sich bereits makroskopisch ein ganz ungewöhnlicher Befund. Das Gehirn war sehr groß und schwer, die Rinde außerordentlich derb, während das Mark sehr weich, stellenweise geradezu gallertartig-flüssig war. Das Kleinhirn war im Ganzen geradezu holzig derb. *B.* sieht hier den Grund in einem frühzeitigen Stillstand der Markentwicklung. — Im übrigen wendet sich *B.* scharf gegen Hypothesen, die von *Schaffer* aufgestellt worden sind. Einmal weist er die Behauptung *Schaffers* zurück, daß eine affenähnliche (pithekoide) Gehirnanlage vorläge; zweitens wendet er sich gegen die bekannte Hyaloplasmatheorie *Schaffers*. Wie *Spielmeyer* sieht *B.* das wesentliche des pathologisch-anatomischen Prozesses vielmehr in der tatsächlich zu beobachtenden Lipoidanhäufung in den Zellen. Im Gegensatz zu *Schaffer* sieht übrigens auch *Bielschowsky* — und dem muß ich auf Grund eigener Befunde bei multipler Sklerose durchaus beistimmen — in den bei der amaurotischen Idiotie oft zu findenden kügligen und spindligen Auftreibungen der Axone der Purkinjezellen nicht für identisch an mit der an den Ganglienzellen bestehenden Blähung des Zelleibs; er sieht darin vielmehr eine Reaktionserscheinung auf Widerstände, auf die die Achsenzylinder in der Körnerschicht stoßen. Auf Grund seiner Befunde an dem Fall mit Hemmung der Myelinisation kommt *B.* zu der Annahme, daß möglicherweise die trophische Funktion der Glia, insbesondere in ihrer Bedeutung für Markaufbau und Lipoidstoffwechsel, eine besondere Schädigung erfahren habe. Das Wesen des ganzen Krankheitsprozesses in den Ganglienzellen sieht *B.* in einer Schädigung der Regulierung der assimilatorischen und dissimilatorischen vegetativen Vorgänge in den Ganglienzellen; die Ursache ist wahrscheinlich im Fehlen oder Verminderung bestimmter für die Regulation des Zellstoffwechsels notwendigen Fermente zu suchen.

Bei einem mit ca. 15 Monaten an amaurotischer Idiotie verstorbenen jüdischen



Mädchen fand *Marinesco* (34) die charakteristische Zellveränderung. Verf. hat auf Oxydase gefärbt und gefunden, daß dort, wo Lipoide vorhanden sind, die Oxydasen fehlen; ebenso dort, wo Eisen nicht nachweisbar war. In zahlreichen Gliazellen konnte mit der Methode von *Best* Glykogen nachgewiesen werden. Weiter fand *Marinesco* Veränderungen der Mitochondrien, quantitative (Abnahme, Schwund) wie qualitative (Umwandlung in Lipoidkügelchen). Die histologischen Veränderungen bei der amaurotischen Idiotie sind Ausdruck einer Störung des Zellstoffwechsels. Bei der familiären, erblichen amaurotischen Idiotie sind Störungen der diastrischen Tätigkeit der Mitochondrien von großer Bedeutung.

Im Gegensatz zu *Stöltzner*, der in Hypothyreoidie der Mütter während der Schwangerschaft die mögliche Ursache des Mongolismus erblickt, konnte *Dollinger* (13) bei Nachuntersuchungen an 24 Fällen diese Angaben nicht bestätigen. Die von vielen Autoren beobachtete Tatsache, daß die Mongolen oft die letzten Kinder sind, fand auch *Dollinger* wieder; Krankheiten der Mütter, wie Lues, Tuberkulose, Neuropathie, spielen keine große Rolle; die Eltern mongoloider Kinder haben ein höheres Durchschnittsalter als normale Kinder. Bei der makroskopischen Untersuchung des Gehirns eines 21 Monate alt gewordenen mongoloiden Kindes fand *Cozzolino* (11) gewisse Entwicklungshemmungen. *Cozzolino* konnte im ganzen 23 Fälle von Mongolismus beobachten, 18 männliche, 5 weibliche, im Alter von 4 Monaten bis zu 10 Jahren. Einmal fand sich Mongolenfleck, einmal waren 2 Geschwister mongoloid; von 17 Fällen zeigten 15 dystrophische Veränderungen des Augenhintergrundes. Nach *Timme* (55) zeigen Mongoloide bei der Röntgenuntersuchung oft eine Aushöhlung im vorderen Teil der Fovea hypophyseos; er schließt daraus auf Veränderungen des Lobus anterior der Hypophyse, die für gewisse klinische Symptome wie Zurückbleiben im Körperwachstum, ungenügende genitale Entwicklung verantwortlich gemacht werden. *Thursfield* (54) fand unter seinen mongoloiden Idioten auch erst- und zweitgeborene Kinder, das Alter der Mütter war nicht immer vorgeschritten; die bisher vielfach angeschuldigten Ursachen wie vorangegangene Fehlgeburten, schwere Geburt, Schwangerschaftserkrankungen der Mütter sind ohne wesentliche ätiologische Bedeutung. Mehrfach fand *Th.* Nystagmus, kongenitale Katarakte. Das Blutbild bei der mongoloiden Idiotie zeigt nach *Nadolny* und *Weinberg* (38) keine wesentlichen Änderungen, namentlich nicht im Sinne einer Schilddrüsenerkrankung. Im Zusammenhang mit den Arbeiten über Mongolismus sei eine Arbeit von *Peiper* (39) erwähnt, der Untersuchungen an 75 Kindern sogenannter alter Eltern angestellt hat. In 71 Fällen war die Mutter bei der Geburt des betreffenden Kindes wenigstens 37 Jahre alt, bei 4 anderen war die Mutter jünger, aber der Vater mindestens 58 Jahr alt. Das männliche Geschlecht überwog unter den Kindern; 25 Kinder waren körperlich oder geistig schwer minderwertig; von den übrigen waren 8 frei von Krankheitserscheinungen, 13 neuropathisch, 7 rhachitisch usw. Von den 25 schwer minderwertigen litten 20 an Intelligenzdefekten (sechsmal Mongolismus, zweimal mongoloide Gesichtsbildung, einmal Myxidiotie, achtmal dauernd oder vorübergehend Krämpfe). Mit Zunahme des Gesamtalters beider Eltern nimmt die Minderwertigkeit der Kinder im Verhältnis stark zu. Soweit das gemeinsame Elternalter unter 80 Jahren

betrug, stand nur ein Fall an Minderwertigkeit 18 Normalfällen gegenüber. bei einem Elternalter von 80—90 dagegen 17 Fälle von Minderwertigkeit 22 Normalfällen. Ob die Kinder mehr durch das vorgeschrittene Alter des Vaters oder der Mutter beeinflußt werden, ließ sich an dem Material nicht feststellen. Je länger die vorhergehende Geburtspause gedauert hatte, desto mehr stieg die Zahl der Minderwertigen an. Die im höheren Alter öfters schwere Geburt kann nicht Ursache sein; möglicherweise spielen schon längere Zeit vor dem Klimakterium einsetzende innersekretorische Veränderungen eine ätiologische Rolle.

Eigenartige Hautveränderungen sah *Weygandt* (59) bei einer ca. 40jährigen Kranken, die bis zum 10. Jahre gesund, dann an Gesichtszuckungen, seit dem 18. Jahre an epileptischen Anfällen, anfallsweise auftretenden Verwirrtheitszuständen litt und fortschreitender Verblödung verfallen war. Der Hautbefund war folgender: Im Gesicht fanden sich lediglich einige Epheliden, am rechten Mundwinkel eine lang behaarte Warze. Fast rings um den Hals, besonders links, fanden sich flache, runde Wärzchen von 2—3 mm Durchmesser und leicht gelblicher Farbe. Am Rücken zeigten sich eine unendliche Fülle verhornter, flacher Wärzchen, die sich abschuppen, in ganz eigenartiger Anordnung. Von der Mittellinie ausgehend zogen beiderseits etwa 7 Streifen nach oben außen und bogen sich dann springbrunnenartig seitlich abwärts, dabei breiter werdend und miteinander zusammenfließend. Auf der linken Schulter waren 4 blaßere, flachgebogene Streifen parallel nebeneinander zu sehen. In der Lendengegend, vor allem links, fanden sich große Flächen etwa 2 Handteller groß, mit solchen Naevi verrucosi bedeckt, die Haut war dazwischen etwas rötlich verfärbt. Am Gesäß sah man beiderseits des Anus konfluierte dickborkige Naevi. Am linken Arm auf der Streckseite wurden die Naevi kleiner und gingen als blasse, etwas hervorragende Scheiben von 1 mm Durchmesser allmählich in die Hautpapillen über. Der Gehalt der leicht bräunlichgrau gefärbten Naevi an Pigment war verschieden; bis zu schwarzbraun wurden sie besonders in der linken Achselhöhle, wo sie besonders dicht saßen. Rechts wa der Befund geringer, auch am unteren Teil der linken Mamma und in deren Falte fanden sich massenhaft Naevi, rechts viel weniger. Auf dem Abdomen vorn sah wan streifenartige Naevusbildung, die einzelnen waren jedoch nicht mehr runde Scheiben, sondern wie längliche und unregelmäßige Schollen, so daß der Gesamteindruck wie marmoriert oder gemasert war. Um den Nabel herum waren die Naevi etwas stärker pigmentiert. Die Linea alba war frei davon. An den Händen und Fingern fanden sich weißliche Hautstellen, ferner etwas konfluierte Naevi, besonders auf den Fingerrücken, vor allem auf dem linken vierten Finger. In der Ellbogenbeuge fanden sich Streifen von Naevi in der Längsrichtung des Armes. Auch am Oberschenkel nach der Seitenbeuge zu saßen Naevi. Am rechten Unterschenkel ziehen borkige Streifen von der Kniescheibengegend vorne nach dem Fußgelenk zu. Auf dem Rücken des rechten Fußes fanden sich dicke, zusammengeflossene Borken, vor allem ein starker Streifen über dem ersten Metakarpus nach dem Hallux zu, doch auch auf der 2. und 3. Zehe. Am linken Unterschenkel waren nur Andeutungen unterhalb der Kniescheibe, sowie am äußeren Fußrand zu erkennen. Mikroskopisch handelt es sich bei exstirpierten Naevusstückchen im wesentlichen um eine Wuche-



rung der Stachelzellenschicht (Acanthosis), Hyperkeratinose und follikuläre Cystenbildung. Die Diagnose wurde gestellt auf Naevus keratinosus bei Epilepsie auf der Grundlage einer tuberösen Sklerose. — Bei einem mit 19 Jahren verstorbenen epileptischen Idioten mit Adenoma sebaceum fand *Josephy* (28) teilweise verbreiterte und derbe Windungen, während eigentliche Tubera fehlten. Der mikroskopische Befund entsprach dem typischen Bild der tuberösen Sklerose; eine Besonderheit bildeten vereinzelt liegende „große Zellen" und vor allem atypische Ganglienzellen an sonst unveränderten Rindenstellen. Gegenüber der Theorie *Bielschowskys*, nach der es sich bei diesen atypischen Ganglienzellen um reaktive, auf den Reiz der wuchernden Glia entstandene Gebilde, ein „Kompensationsphänomen der fötalen Ganglienzellen gegenüber der proliferierenden Glia" handle, weist Verf. daraufhin, daß er in der Umgebung dieser vereinzelt liegenden atypischen Ganglienzellen durchaus nicht immer eine wesentliche Gliawucherung bemerkt habe. Verf. hält diese Ganglienzellen für primäre Bildungsfehler, die den Veränderungen der Glia koordiniert sind. Solche Rindenstörungen an sonst „gesunden" Stellen bei tuberöser Sklerose sind ein seltener Befund; diese Befunde weisen darauf hin, daß die Veränderungen bei der Bournevilleschen Krankheit unter Umständen in der Rinde diffus werden. In den „großen Zellen" erblickt *Josephy* nicht schlechthin Gliazellen, sondern undifferenzierte Gebilde, die sich vielleicht in Glia- wie Ganglienzellen umbilden können. Die Theorie der blastomatösen Gliawucherung scheint Verf. das Wesen des Prozesses nicht ganz zu erschöpfen, er glaubt, daß daneben noch die älteren Theorien der embryonalen Fehlbildung mehr in den Vordergrund zu stellen sind.

Im Anschluß an *Herthoge* der zuerst leichtere und daher gutartige Formen der Schilddrüseninsuffizienz unter dem Namen „Hypothyréoïdie bénigne chronique" zusammengefaßt hat, bringt *Perl* (40) eine Reihe von Krankengeschichten, an deren Hand er die Vielgestaltigkeit der inkompletten Myxödemformen darzulegen sucht, wobei er auf die von *Kendall* besonders festgestellte Mannigfaltigkeit der Schilddrüsensubstanzen und Funktionen hinweist. So standen im 1. Fall Magen- und Darmstörungen, im 2. Kombination von Fettleibigkeit mit pustulöser Dermatitis, im 3. eine ulzeröse Dermatitis und ein an den Beinen lokalisiertes Ödem, im 4. Fall Adiposites, Dermatitis und Amenorrhoe mit Stumpfheit und geistiger Insuffizienz, im 5. hypothyreoide Kachexie mit Haar- und Zahnverlust und grob trophischen Störungen der Haut und Nägel, im 6. hypothyreoides Ödem und Fettsucht, im 7. Haarausfall im Vordergrund des Krankheitsbildes. In allen Fällen erfolgte auf Darreichung von Thyreoidin Heilung bez. weitgehende Besserung. Der Erfolg dieser Behandlung ist auch für die Diagnose von besonderer Bedeutung.

Hirsch (24) teilt die Krankengeschichten von 7 Fällen von dystrophischen und universellen Infantilismus mit. Der Infantilismus war hier als Folge der durch die Blockade geschaffenen ungünstigen Ernährungsbedingungen und hygienischen Verhältnisse bei Individuen minderwertiger Konstitution unter Vermittlung des im Labilitätszustand der Pubertät befindlichen endokrinen Apparates aufgetreten. Von den Symptomen sind nach Verf. die Zeichen mangelhafter sexueller Entwicklung, unvollkommener Involution des lymphatischen Apparates, psychischen Unreife



der Störungen des vegetativen Nervensystems (Erregbarkeit der Vasomotoren, Störungen der Schweißsekretion usw.) und den Hemmungen des Skelettwachstums (sehr oft offene Epiphysenlinien) koordiniert. Auffällig war neurotisch bedingtes Asthma vorhanden. Insofern neben der allgemeinen Hemmung des Epiphysenwachstums rhachitische Prozesse festzustellen waren, war wahrscheinlich stärkerer Belastung durch Berufsanstrengung an der Ausbildung der sekundären Rhachitis tarda beteiligt. Diese Beobachtungen zeigen die Mitwirkung exogener Faktoren in der Pathogenese und scheinen die auf experimentell-biologischer Grundlage gewonnenen Anschauungen über die vermittelnde, regulatorische Wirkung des endokrinen Systems zu bestätigen. Die alte Gliederung in endogenen und exogenen Infantilismus ist nicht aufrecht zu erhalten. Vielmehr ist jeder reine universelle Infantilismus, der in der menschlichen Pathologie meist als Pubertätshemmung imponiert, ein dystrophischer Infantilismus, bei dem neben äußeren exogenen Faktoren, wozu auch Tuberkulose und Stoffwechselstörungen gehören, die allgemeine Körperkonstitution und der funktionelle Zustand des endokrinen Systems entscheidend mitwirken. Von diesem Symptomenkomplex sollten die körperlichen und psychischen Störungen infolge Entartung oder Erkrankung einzelner endokriner Drüsen (Myxoedem, Kretinismus, Zwergwuchs, Mongolismus, Idiotie), die ganze Reihe der auf erworbener Aplasie einzelner Organe beruhenden Symptomenbilder (z. B. Eunuchoidismus), die in der Tat oft große Ähnlichkeiten mit einzelnen Zügen des Infantilismus aufweisen, als partielle Infantilismen vollkommen getrennt werden.

Auf Grund eines Materials von 13 Fällen (11 Fälle von *Heller*, 2 eigene) stellt *Zappert* (60) folgende Hauptsymptome für die Dementia infantilis (*Heller*) auf: 1. Normale geistige und körperliche Entwicklung in den ersten Lebensjahren. 2. Beginn der Krankheit zwischen dem 3. und 4. Lebensjahre. 3. Psychische und intellektuelle Veränderung im Sinne eines Versagens erziehlicher oder zerstreuender Einflüsse, einer auffälligen Unruhe, eines erregten, zuweilen ängstlichen Benehmens, einer zunehmenden Demenz. 4. Hervortreten von Sprachstörungen im Beginne und im Verlaufe der Krankheit. Zuerst Sprachentstellungen durch Verdrehen, Verunstaltung, sonderbare Betonung der Worte, Sprechunlust, Echolalie, später zunehmende Undeutlichkeit beim Sprechen, schließlich völliger Sprachverlust, wobei einzelne Worte oder Wortfetzen erhalten bleiben können. 5. Erhaltenbleiben der motorischen Funktionen und Fehlen eines jeden Lokalsymptomes von seiten des Zentralnervensystems. 6. Ausgang in vollkommene Verblödung bei ungestörter Beweglichkeit, meist gutem Appetit und körperlichem Wohlbefinden. 7. Nichtimbeziller Gesichtsausdruck und Blick. Einige andere Merkmale können einzelnen Fällen ein besonderes Gepräge verleihen. So setzte ein Fall mit auffallender moralischer Veränderung ein, in anderen scheinen Halluzinationen, Angstgefühle, die Krankheit einzuleiten, manchmal treten Stereotypien, wie Wackeln, Sudeln, Nasenbohren besonders auffällig hervor, bei vielen Kindern bestand auch nach Versagen der Sprache die Neigung, Melodien richtig vor sich hinzusummen; zuweilen ist die schließliche Verblödung nicht so hochgradig, um die Beeinflußbarkeit durch eine Pflegeperson, der gegenüber große Anhänglichkeit gezeigt wird, auszuschalten.



Meggendorfer (36) bringt klinische und genealogische Untersuchungen über zwei in das Gebiet der moral insanity gehörige Krankheitsgruppen. Die Affektepilepsie ist einerseits von Entwicklungshemmungen im Sinne des psychischen Infantilis und andererseits von hysterischen Zuständen schwer abgrenzbar. Die Befallenen sind schon als kleine Kinder schwierig, zahnen schwer, leiden an Fraisen, sind später schwer erziehbar, reizbar, boshaft, bei oft guter Intelligenz unstet, abenteuerlustig, zeigen Neigung zum Lügen, Übertreiben, Aufschneiden. Bei vielen treten im Zusammenhang mit Gemütserregungen epileptiforme Anfälle, auch Zustände von Petit mal, Verstimmungen, Wandertrieb, auf. Dagegen kommt es nicht zu typischer epileptischer Charakterveränderung und Demenz. Häufig bestehen auch typische hysterische Anfälle. In der Aszendenz und in den collateralen dieser Typen finden sich erregbare und haltlose Psychopathen, kriminell veranlagte Persönlichkeiten mit Neigung zu Hochstapelei, Diebereien u. a.; auch die Geschwister derartiger Kranker zeigen vielfach ähnliche Erscheinungen. Belastung mit Geisteskrankheit im engeren Sinne liegt meist nicht vor. Mit der genuinen Epilepsie hat die Affektepil psie nichts zu tun; die Prognose ist nicht schlecht, die meisten dieser Individuen bessern sich in den 20 er Jahren. — Die zweite Gruppe ist die Parathymie. Hier treten die eigentlichen Krankheitserscheinungen meist erst in der Pubertät hervor, nachdem sie vorher teils schon allerlei schlimme Charakterzüge, wie Trotz, Widerspenstigkeit, Hang zum Lügen gezeigt hatten, teils aber auch recht brave, zärtliche und fleißige Kinder gewesen waren. In der Pubertät werden sie dann verschlossen, heimtückisch, sind in sexueller Hinsicht oft frühreif, junge Mädchen verfallen dabei leicht der Prostitution. Äußerlich oft korrekt, gewandt, überliebenswürdig, sind sie innerlich kalt, unstet, scheuen jede geordnete Tätigkeit, sind interesselos. Bisweilen findet sich eine gewisse Neigung zu Gesichterschneiden. In der Aszendenz konnte Verf. meist zahlreiche Fälle von Dementia praecox nachweisen und ist daher geneigt, diese Fälle nicht eigentlich der Psychopathie, sondern mehr der Schizophrenie zuzurechnen.

Wenn im allgemeinen bei den meisten Fällen von Turmschädel psychische Störungen fehlen, so konnte *Weygandt* (58) doch in einer Reihe von Fällen psychische Abweichungen beobachten, die er in drei Gruppen einteilt: 1. Schwachsinnszustände; 2. degenerative Zustände; 3. Psychosen im engeren Sinne mit Wahnideen. Verstimmungszuständen usw. Das Gehirn ist bei Turmschädel nicht primär erkrankt, sondern wahrscheinlich nur sekundär von den Meningen aus in Mitleidenschaft gezogen. Wahrscheinlich liegt eine auf vererbbarer Anlagestörung beruhende Entwicklungsstörung der Hirnhüllen vor.

Wie aus einer Veröffentlichung von *Brunet* (7) hervorgeht, ist ein Gesetz von 1919 die Geisteskrankenfürsorge in Frankreich noch um die Psychopathenfürsorge erweitert worden. Für die Psychopathen sollen offene Abteilungen in Irrenanstalten errichtet werden. In einer Poliklinik nach amerikanischem Muster sollen die aufzunehmenden Psychopathen vorher untersucht werden; ihr Schicksal soll von geschulten Helferinnen verfolgt werden. *Hartmann* (23) nimmt zu einem Gesetzentwurf Stellung, nach dem Fürsorgezöglinge nach Beendigung der Fürsorgeerziehung und wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche entmündigte Personen



vorbeugend in Anstalten unterzubringen sind, um sie vor körperlicher oder sittlicher Verwahrlosung zu bewahren, vor allem unerziehbare, sittlich defekte Psychopathen und Geistesschwache; arbeitsscheue, rückfällige Verbrecher, haltlose Prostituierte. Verf. glaubt, daß die Fürsorgezöglinge nicht einbezogon werden dürfen, da sich dagegen die Gesetzgeber wenden würden. Die Kosten müßten auf leistungsfähige große Verbände gelegt werden.

Crüger (12) berichtet über die bei der landwirtschaftlichen Fürsorgeerziehungsanstalt Struveshof bei Berlin bestehenden Schwachsinnigenabteilung, die 36 Zöglinge umfaßt. Von den 36 waren 25 in leichterem, 10 in mittlerem und 1 in einem hohen Maße schwachsinnig; 12 zeigten starken psychopathischen Einschlag, sie gaben die ungünstigste Prognose. Die hauptsächlichsten Mittel zur Bildung von Willen, Gemüt und Verstand bestehen in Anschauungsunterricht und Handwerkstättenarbeit, körperliche Kräftigung, genaue Regelung der häuslichen Tätigkeit, Pflege von Haustieren, Gartenarbeit, Abhaltung von Stunden mit freier Aussprache, Andachten, kleinen Festlichkeiten. — Die Schüler haben bei der Wahl ihrer Gruppen- und Saalführer ein gewisses Vorschlagsrecht. — Die Abteilung ist noch erweiterungsfähig; es ist beabsichtigt, die Fürsorge bis zum 21. Jahre zu verlängern; zu diesem Zwecke soll eine landwirtschaftliche und handwerkliche Lehrstätte angegliedert werden, in der eine freiere Hausordnung gelten soll. Sie soll den Zöglingen den Eintritt in das berufliche Leben erleichtern helfen.

Schnitzer (45), dessen Arbeit eine gute, kurze Zusammenstellung der in den verschiedenen deutschen Staaten bereits bestehenden Fürsorgeeinrichtungen für Psychopathen enthält, faßt seine Vorschläge für den Ausbau der Psychopathenfürsorge in folgenden Sätzen zusammen: 1. Die Psychopathenfürsorge ist ein besonders wichtiger Zweig der Jugendfürsorge, weil die abnormen Jugendlichen in sittlicher Beziehung am stärksten gefährdet sind. 2. In der Fürsorgeerziehung wird das Interesse der Psychopathen am besten dadurch vertreten, daß jeder Fürsorgezögling im Ermittelungsverfahren psychiatrisch untersucht wird, ferner daß für Provinzen und Staaten Beobachtungsstationen eingerichtet werden, durch die sämtliche Fürsorgezöglinge ohne Auswahl hindurchgehen müssen, in denen sie einer psychiatrischen Beobachtung unterworfen werden, damit die endgültige Art der Unterbringung sachgemäß festgestellt werden kann. Gegebenenfalls können an diese Beobachtungsabteilungen auch Psychopathenheime angeschlossen werden, in denen sie einer längeren Behandlung unterworfen werden. In den geeigneten Fällen ist die Entmündigung der Psychopathen anzustreben und durchzuführen. Die daraus sich ergebende Möglichkeit der Anstaltsunterbringung muß vorkommenden Falles ausgenutzt werden. 4. Wo Psychopathen zur Aburteilung kommen, sind psychiatrische Sachverständige zu hören. Behörden und Anstalten haben die Gerichte in entsprechender Weise anzuregen. 5. Ein wirksames Mittel der öffentlichen Fürsorge für Psychopathen ist die Schutzaufsicht. 6. Es sind Beratungs- und Fürsorgestellen an psychiatrischen Kliniken, Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke, Schwachsinnige und Psychopathen einzurichten, die in Verbindung mit den Wohlfahrtsämtern und den Jugendfürsorgevereinen die Interessen der gefährdeten Psychopathen in jeder Weise wahrzunehmen und die geeigneten Fürsorge-



maßregeln zu empfehlen haben. Nach *H. Birnbaum* (5) sind Psychopathen solange wie sie infolge ihrer Krankheit als gemeingefährlich zu erachten sind, aus dem öffentlichen Leben auszuschalten. Dem wird durch die jetzige Handhabung der Rechtssprechung, nach der sie als vermindert zurechnungsfähig angesehen und deshalb mit kürzeren Strafen belegt werden, direkt entgegengearbeitet. Am besten wäre Unterbringung in besondere Psychopathenanstalten, deren Errichtung heute in Deutschland unmöglich ist. Die Korrigendenanstalten in ihrer jetzigen Form sind nicht geeignet für die Aufnahme von Psychopathen. Es bleiben deshalb z. Z. nur die öffentlichen Irrenanstalten übrig, in denen allerdings besondere Sicherungsmaßnahmen getroffen werden müßten.

Nach *Gregor* (22) müssen psychiatrisch geschulte Kräfte in der Fürsorgeerziehung an folgenden Stellen wirken: 1. als Ärzte bei Jugendämtern; 2. in Polikliniken; 3. in ärztlich geleiteten Beobachtungsstationen; 4. in Erziehungsanstalten hier an leitender Stelle. Wesentliche Aufgaben des Psychiaters bilden auch die wissenschaftliche Durcharbeitung des pathologischen Materials sowie die psychopathologische Unterweisung von Lehrern und Erziehern, aus denen auch ein Kreiswissenschaftlicher Hilfsarbeiter herangezogen werden muß.

10. Gerichtliche Psychiatrie.

Ref.: Karl Wendenburg-Bochum.

1. *Allfeld*, Strafprozessuale Sonderbehandlung der chronischen Verbrecher. Bemerkungen zu der Abhandlung von Dr. Robert Heindl in Bd. 72, H. 3/4. Archiv f. Kriminologie Bd. 73, H. 3/4, S. 175.
2. *Alsberg*, *Max*, Zur Strafprozeßreform. Archiv f. Kriminol. Bd. 73, H. 3/4.
3. *Alsberg*, *P.* (Berlin, Über die Sexualdelikte im zukünftigen Strafrecht. Vortrag: Ärztl. V. f. Sexualwissensch. u. Eug. v. 18. 3. 21. Bericht: Archiv f. Frauenkunde u. Eug. Bd. 7, H. 4, S. 299.
4. *Amaldi*, *Paolo*, Eterismo e criminalità. Arch. di antropol. crim., psich. e med. legale. Vol. 14, fasc. 2, p. 185.
5. *Aschaffenburg*, *G.* (Cöln), Bemerkungen zu dem „Entwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch von 1919". Ztschr. f. d. g. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 72, S. 227.
6. *Balthazard*, Étiologie des attentats à la pudeur. La victime. Attentats fossement allegués. Les auteurs des attentats à la pudeur; leur état physique et mental. Progrès med. Ann. 48, Nr. 15.
7. *Beck*, *Ed.*, Über Kriegsvergehen. Epikritische Studie. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 26, H. 5/6, S. 259.
8. *Beling*, *Ernst*, Zur Gestaltung des Strafverfahrens gegen Berufsverbrecher. Archiv f. Kriminol. Bd. 73, H. 3/4, S. 188.



9. *Bender*, *Julie*, Zur Frage der Homosexualität der Frau. Ztschr. f. Sexualw. Bd. 7, H. 10, S. 324.
10. *Bender*, Zwei merkwürdige Fälle von falschem Verdacht der Brandstiftung. Archiv f. Kriminologie. Bd. 74, S. 1.
11. *Beyermann*, *W.* (Leiden), Scheinbare Schwachsinnigkeit bei forensischer Hysterie. Nederl. tijdschr. v. geneesk. Ann. 65 (II), Nr. 24.
12. *Birnbaum*, *K.*, Kriminal-Psychopathologie. Berlin, Jul. Springer. 212 S. 51 M.
13. *Bock*, *Johannes*, Ärztliche Gutachten zur Information für Richter. Ugeskrift for laeger. Ann. 38, Nr. 18 (dänisch).
14. *Bondy*, *H.*, Die Strafbarkeit der Homosexualität. Revue v neuropsychopathologie. Jg. 18, Nr. 1/2, S. 20–24 (tschechisch). (S. 222*.)
15. *Bovensiepen*, Der Kindesmord und seine Bestrafung. Ztschr. f. Sexualwissenschaft Bd. 8, H. 1, S. 14.
16. *Brennecke*, H. (Hamburg), Debilität, Kriminalität und Revolution. Archiv f. Psych. Bd. 63, H. 1. (S. 221*.)
17. *Brennecke*, Hans (Hamburg), Zur Frage der Psychopathologie der Revolution und der Revolutionäre. Ztschr. f. Kinderforschg. Jg. 26, H. 9/10, S. 225.
18. *Brennecke*, *Hans* (Hamburg), Zur Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Kritische Bemerkungen zu der Forderung Bindings und Hoches. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 1/2, S. 4.
19. *Bresler*, *Joh.* (Kreuzburg i. Schl.), Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der Psychiatrie nebst Verfügungen auf dem Gebiete des Irrenwesens und Verwandtes. Halle a. S. C. Marhold. 88 S. 6 M. (S. 219*.)
20. *Briand*, *Marcel*, Les troubles mentaux de l'encéphalite épidémique au point de vue médico-légal. Bull. de l'acad. de méd. Vol. 86. Nr. 38.
21. *Briggs*, *L. Vernon* (Boston), Defectiv delinquents in the army of occupation of the American forces in Germany. Boston med. and surg. journ. Vol. 184, Nr. 8, p. 200.
22. *Brown*, *Sanger* II (New York), Medical and social aspect of childhood delinquency. American journal of i sanity. Vol. 77, Nr. 3, p. 365.
23. *Cattani*, J. (Zürich), Die gerichtlich-medizinische Bedeutung der Tatauierungen. Schweizer med. Wschr. Nr. 10.
24. *Cimbal*, *W.* (Altona), Die krankhafte Verwahrlosung. Dtsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 68/69. Max Nonne-Festschrift. (S. 221*.)
25. *Dehnow*, *Fritz*, Die Sexualvergehen im neuen Strafgesetzentwurf. Ztschr. f. Sexualwissenschaft, Bd. 7, Nr. 12, S. 379.
26. *Dittrich*, *Paul* (Prag), Lehrbuch der gerichtlichen Medizin für Ärzte und Juristen. 2. vermehrte und vollständig umgearbeitete Auflage. Leipzig-Prag-Wien. Schulwissenschaftlicher Verlag A. Hasse. 300 S. 64 M.



27. *Donath*, Julius (Budapest), Ideeller Masochismus im zarten Kindesalter. Dtsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 68/69, S. 257. (S. 221*.)

28. *Erben*, *S.* (Wien), Diagnose der Simulation nervöser Störungen. 2. Aufl. Berlin-Wien, Urban & Schwarzenberg.

29. *Falkenberg*, *W.* (Berlin-Herzberge), Bemerkungen zum Jugendgerichtsgesetzentwurf. Ärztl. Sachv. Ztg. Nr. 10, S. 113. (S. 222*.)

30. *Focher*, *Lazlo*, Daten zur Pathologie der jugendlichen Verbrecher mit besonderer Berücksichtigung der Verstandesfähigkeiten. Orvosi hetilap Ann. 65, Nr. 32.

31. *Galet*, Contribution à l'étude de l'impulsivité chez les criminels. Revue de droit pén. et de crim. et arch. internat de méd. lég. Nr. 11.

32. *Gatti*, *Stefano*, Delinquente nato e cenestopatici costitutionali. Quaderni di psich. Vol. 8, Nr. 3/4.

33. *Göring*, *M. H.* (Gießen), Einwendungen von psychiatrischer Seite gegen den Entwurf von 1919 zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Ztschr. f. d. ges. Strafrechtswissenschaft Bd. 42, S. 746. (S. 221*.)

34. *Göring*, *M. H.* (Gießen), Über den neuen Entwurf zu einer neuen Strafgesetzbuch. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 70, S. 102. (S. 221*.)

35. *Göring*, *M. H.* (Gießen), Der Wert der neuen Forschungen auf dem Gebiete der inneren Sekretion für die Kriminalpsychologie. Archiv. f. Krimi-Kriminolog. Bd. 73, H. 3/4, S. 243.

36. *Groos*, *Karl*, Das Seelenleben des Kindes. Ausgewählte Vorlesungen. 5. Aufl. Berlin, Reuther & Reichardt. 312 S. 25 M.

37. *Hamilton-Pearson*, *Edgar Alan*, The problem of the delinquent child. Child. Vol. 11, Nr. 12.

38. *Hammer*, *W.* (Hamburg), Über Notwehr gegenüber Geisteskranken und Geistesschwachen innerhalb und außerhalb der Anstalten. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 21—26.

39. *v. Hentig*, *H.*, und *Viernstein*, *Th.* (München u. Straubing), Untersuchungen über den Sittlichkeitsverbrecher. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 70, S. 334.

40. *Herschmann*, *Heinr.* (Wien), Zwei Fälle von Eigentumsdelikten infolge krankhaften Triebes zum Verschenken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 73, Nr. 4/5, S. 585.

41. *Hildebrandt*, *Kurt* (Berlin), Forensische Begutachtung eines Spartakisten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 4, S. 479.

42. *Höpler*, Generalstaatsanwalt in Wien, Ein Fall von Notzucht an einer Hypnotisierten. Ärztl. Sachv. Ztg. Nr. 4, S. 37.

43. *Hoffmann*, *Herm.* (Tübingen), Zur Frage der Ehescheidung wegen Geisteskrankheit. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 3, S. 325.

44. *Hoffmann*, *Walter*, Die pädagogischen Probleme im Entwurfe des Jugendgerichtgesetzes. Ztschr. f. Psychol. u. exp. Päd. Jg. 22, H. 1/2.



45. *Hübner*, *A. H.* (Bonn), Das Eherecht der Geisteskranken und Nervösen. Bonn, Marcus & Weber. 87 S. 14,30 M. (S. 222*.)

46. *Hübner*, *A. H.* (Bonn), Die Entmündigung wegen Geisteskrankheit, Geistesschwäche und Trunksucht. (Veröffentl. a. d. Geb. der med. Verw. Bd. 14, H. 3.) Berlin, R. Schötz. 15 M. (S. 223*.)

47. *Hübner*, *A. H.* (Bonn), Kann im Disziplinarverfahren eine Beobachtung des Angeschuldigten gemäß § 81 StrPO. stattfinden? Psych.-neurol. Wschr. Nr. 39/40, S. 305.

48. *Hulst*, *J. P. L.*, Beitrag zur Kenntnis der Nekrophilie und des Nekrosadismus. Archiv f. Kriminol. Bd. 73, H. 3/4.

49. *Isserlin*, *M.*, Zur forensischen Beurteilung der Hirnverletzten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 1, S. 1.

50. *Jacobi*, *Walter*, Über Schädigungen durch hypnotische und spiritistische Sitzungen. Ärztl. Sachv. Ztg. S. 189. (S. 221*.)

51. *Jacobi*, *P.* (München), Die gerichtsärztliche Beurteilung der hirnverletzten Aphasischen. Ärztl. Sachv. Ztg. Nr. 18 u. 19. (S. 222*.)

52. *Janssens*, *G. J. B. A.*, Jugendliche Kriminalität. Neederl. mandschr. voor geneesk. Ann. 10, Nr. 1.

53. *Jossmann*, *Paul* (Breslau), Zur Kritik des Begriffs „unbewußtes psychisches Geschehen". Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 73, H. 4/5, S. 530.

54. *Jude.*, Contribution à l'étude de l'aveu en matiére de preuve. Journ. de méd. de Lyon. Ann. 2, Nr. 45.

55. *Kadyi*, *Józef*, Unzurechnungsfähigkeit. Polski czas. lekarsky. Ann. 1, Nr. 3.

56. *Kastan*, *Max* (Königsberg), Asoziales Verhalten jugendlicher geistig abnormer Individuen in und nach dem Kriege. Archiv f. Psych. Bd. 64, H. 1—2.

57. *Kehrer*, *F.* (Breslau), Über die „problematische Zurechnungsfähigkeit" und ihre Untersuchung. Vortragsbericht (Ostdeutscher Psychiatertag 1920). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. R. u. E. Bd. 23, H. 3, S. 189.

58. *Kirschbaum*, *Max* (Köln), Über zwei ungewöhnliche Fälle von Parasexualität. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 64, S. 136.

59. *Klee*, *K.*, Prof., Kammergerichtsrat in Berlin, Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Vortrag, forens.-med. Vereinigung Berlin, 19. 11. 20. Koreferat zu obiger Frage, erstattet von F. Straßmann. Ärztl. Sachv. Ztg. 21. Jahrg. Nr. 1, S. 1 u. 7. (S. 222*.)

60. *Klee*, *K.*, Prof., Kammergerichtsrat in Berlin, Die Behandlung geistig Abnormer im deutschen und italienischen Strafgesetzentwurf. (Vortrag, forensisch-med. Vereinigung, Berlin, November 1921.) Ärztl. Sachv. Ztg. Nr. 24, S. 285. (S. 222*.)

61. *Kleist*, *K.*, und *Wißmann*, *D.*, Zur Psychologie der unerlaubten Ent-



fernung und verwandter Straftaten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 1, S. 30.

62. *Klieneberger*, *Otto* (Königsberg), Zur Frage der Homosexualität. Archiv f. Psych. Bd. 63, H. 1, S. 129. (S. 221*.)

63. *Klieneberger*, *Otto* (Königsberg), Über die Simulation ge stiger Störungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 71, S. 239. (S. 220*.)

64. *Kogerer*, *H.* (Wien), Der Fall Maria D. Ein Beitrag zur Frage des hypnotischen Verbrechens. Wiener med. Wschr. Nr. 17—19.

66. *Kratter*, *Julius* (Graz), Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. 2 Bd. I. Bd. Theoretischer Teil, 2. wesentlich erweiterte Aufl. Stuttgart, F. Enke. 724 S. Brosch. 132 M.

67. *Kronfeld*, *Arthur* (Berlin), Über einen schweren Gewohnheitsverbrecher, der wieder sozial wurde. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 2, S. 163.

68. *Kronfeld*, *A.* (Berlin), Der konstitutionelle Faktor bei sexuellen Triebanomalien nebst forensischen Bemerkungen. Ztschr. f. Sexualw. Bd. 8, H. 1—3.

69. *Laignel-Lavastine*, *M.*, Exhibitionisme sentimental et besoin de direction. Progrès méd. Ann. 48, Nr. 28.

70. *Laignel-Lavastine* (Paris), Les attentats aux moeurs. Progrès méd. Nr. 42.

71. *Lattes*, *Leone*, La pericolosità criminale dal punto di vista medico-legale. Arch. di antropol. crim., psich. e med. legale. Vol. 41, fasc. 2 u. 3.

72. *Leppmann*, *Friedr.* (Berlin), Zur forensischen Beurteilung des Kokainmißbrauchs. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 8, S. 89.

73. *Lewin*, *L.* (Berl n), Die Bestrafung der alkoholischen Trunkenheit. Münch. med. Wschr. Nr. 45, S. 1458.

74. *Lichtenstein*, *Perry M.*, The criminal. Medical record. Vol. 99, Nr. 11, p. 428.

75. *Liepmann*, *M.*, Die Reform des deutschen Strafrechts. Hamburgische Schriften zur ges. Strafrechtswissenschaft. H. 2. (S. 220*.)

76. *Lochte* (Göttingen), Zur Psychologie des Giftmordes. Vortragsberichte (10. Tagung der dtsch. Ges. f. gerichtl. Med.). Vierteljahrschr. f. ges. Med. u. öffentl. Sanw. Bd. 61, H. 1, S. 140.

77. *Löwenstein*, *Otto* (Bonn), Über experimentelle pathologische Tatbestandsdiagnostik. Vortragsbericht (Psychiatr. Verein der Rheinprovinz, Köln, Juni 1921). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 27, H. 1, S. 13.

78. *Macdonald*, *Arthur*, Kriminalpolizei und Anthropologie. Arch. f. Kriminol. Bd. 73, H. 3/4, S. 172.

79. *Mamlock*, *G.* (Berlin), Gesundheitlicher Rechtsschutz der Ehe. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 6, S. 72.

80. *Margulies*, *Max*, Über Ausdruckstätigkeit und Erleben. (Bemerkungen zu Kiesels Arbeit: „Das Ausdrucksproblem in der Kriminalität".) Archiv f. Kriminol. Bd. 73, Nr. 2, S. 93.

81. *Mezger, Edm.*, Ein Fall von Blutuntersuchung zur Beurteilung des Geisteszustandes. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsverfahren. Bd. 2, S. 12.
82. *Meggendorfer, Friedrich*, Klinische und genealogische Untersuchungen über Moral insanity. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 66. S. 208. (S. 222*.)
83. *Mönkemöller* (Hildesheim), Psychiatrisches zum neuen Entwurf eines Jugendgerichtsgesetzes. Zentralbl. f. Vormundschaftswesen, Jugendgerichte u. Fürsorgeerziehung. Jg. 12, S. 23/24, S. 233.
84. *Morris, S. J.*, The relation of the persistent thymus gland to criminology. Med. record. Vol. 99, Nr. 11, p. 438.
85. *Müller-Heß* (Königsberg i. Pr.), Beitrag zur Kenntnis der Invalidität bei psychischen Erkrankungen. Vortragsbericht. (10. Tagung der D. Ges. f. gerichtl. Med.) Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. Sanw. Bd. 61, H. 1, S. 142.
86. *Ockel, Gerhard* (Gießen), Über die Verkennung psychogener Momente bei der Begutachtung Unfallverletzter an der Hand eines Schulbeispiels (Rentenhysterie). Mtschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. Jg. 28, Nr. 4, S. 73.
87. *Ostwald, Wilhelm*, Das System der Kriminologie. Archiv f. Kriminol. Bd. 73, H. 3/4, S. 161.
88. *Ottolenghi, Salvatore*, La psichiatria forense e l'antropologia-criminale. Arch. di antropol., crim., psich. e med. Vol. 40, fasc. 6, p. 537.
89. *Ottolenghi, Salvatore*, Prostituzione e criminalità. Rassegna di studi sess. Ann. 1, Nr. 6.
90. *Overbeck., H. J.*, Kriminelle Handlungen im Zustande veränderten Bewußtseins ohne Amnesie. Ned. Tijdschr. voor geneesk. Ann. 65 (I). Nr. 14.
91. *Pasquarelli, M. G.*, L'uomo delinquente di Luigi Ferrarese (1795—1855). Archivio di antropol. crim. psich. e med. legale. Vol. 41, fasc. 4.
92. *von der Pforten, Th.*, Rat am Obersten Landesgericht in München. Die Neuordnung des deutschen Strafrechts. München. med. Wschr. Nr. 10—12, S. 306, 336, 368.
93. *von der Pforten, Th.* (München), Sittlichkeitsverbrechen im neuen Strafgesetzentwurf. Sitzungsbericht v. 1. 6. 21. Berl. Klin. Wschr. Nr. 39, S. 1166.
94. *Pilcz, A.* (Wien), Ein Fall von Spätheilung bei Psychose. Nachuntersuchung 9 Jahre später. (Gerichtliches Gutachten.) Wiener Klin. Wschr. Nr. 10.
95. *Potel, R.*, Notes sur la responsabilité attenueé. Arch. de méd. et pharm. navale. Vol. 111, Nr. 6, p. 472.
96. *Potts, W. A.* (Birmingham), The relation of crime and delinquency to heredity, environment and disease. Lancet. Vol. 201, Nr. 22.
97. *Prideaux*, E., Criminal responsability and insanity. Psyche. Vol. 2, Nr. 1.



98. *Raecke, Julius* (Frankfurt a. M.), Perversität und Eigennutz. Beitrag zur forensischen Beurteilung sexueller Verirrungen. Arch. f. Psych. Bd. 64, H. 4, S. 441.

99. *Read, C. Stanford* (Chicago), Homosexuality. The American journal of mental sciences. Vol. 67, Nr. 276, p. 8.

100. *Rees-Thomas., W.*, Sadism and masochism. The journal of mental sciences. Vol. 67, Nr. 276, p. 12. 5

101. *Reichardt, Martin* (Würzburg), Einführung in die Unfall- und Invaliditätsbegutachtung. 2. Aufl. Jena, G. Fischer. 434 S. 54 M. (S. 219*.)

102. *Reiß, Eduard* (Tübingen), Ein Prophet der Keuschheit mit sexuell perverser Betätigung. Ztschr. f. Sexualwissensch. Bd. 8, H. 4.

103. *Reiß* und *Mezger* (Tübingen), Der Fall Häuser. Vortragsbericht. (Med. Naturw. V. Tübingen, Ang. 1920.) München. med. Wschr. Nr. 11, S. 348.

104. Relazione sul progetto preliminare di codice penale italiano. Archivio di antropol. crim., psich. e med. legale, Ser. IV, Vol. 12, fasc. 1. Ref. Pilcz, Wien: Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 26, Nr. 6/7, S. 474.

105. *Ricci, Carlo*, Moderne concezioni sulla profilassi e terapia della delinquenza. Med. ital. Ann. 2, fasc. 5.

106. *Rittershaus, E.* (Hamburg), Ein Fall von Pseudonekrophilie. Vierteljahrsschr. f. ges. Med. u. öffentl. Sanw. Bd. 61, H. 1, S. 59.

107. *Rixen*, Die gemeingefährlichen Geisteskranken im Strafrecht, Strafvollzug und in Irrenpflege. Ein Beitrag zur Reform der Strafgesetzgebung und der Irrenfürsorge. Berlin, Jul. Springer. 140 S. 48 M. (S. 000*.)

108. *Runge* (Kiel), Praktische Vorschläge für die Mitarbeit der Psychiater in der Jugendgerichthilfe und Jugendpflege. Schleswig-Holsteinische Wohlfahrtspflege (1921), Nr. 12; (1922) Nr. 1.

109. *Scheffel, Carl*, A plea for better medico-legal cooperation in cases presenting a psychopathological aspect. Med.-legal journal Vol. 38, Nr. 5.

110. *Schneider, Kurt* (Köln), Studien über Persönlichkeit und Schicksal eingeschriebener Prostituierter. (Abhandlungen a. d. Gebiete der Kriminalpsychologie H. 4. Heidelberger Abhandlungen.) Berlin, Jul. Springer. 229 S. 69 M.

111. *Schröder, E.* (Altona), Körperverletzung durch Hypnose. Ärztl. Sachv. Ztg. Nr. 22, S. 261.

112. *Schultz, J. H.* (Dresden), Gesundheitsschädigungen nach Hypnose. Vortragsbericht (Deutscher V. f. Psych. Dresden, April 1921): Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 25, H. 8, S. 464.

113. *Schultze, Ernst* (Göttingen), Irrenrechtliche Fragen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 76, H. 5/6, S. 699.



114. *Schultze*, *Ernst* (Göttingen), Zur gerichtlichen Bedeutung des Alkoholexperiments. Med. Klin. Nr. 20, S. 582.
115. *Schultze*, *E.* und *Kahl*, Schaffung eines neuen Irrengesetzes. Vortragsbericht (Deutscher V. f. Psych., Dresden, April 1921): Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 25, H. 8, S. 522.
116. *Schutzenberger*, *Pierrre*, L'étiologie du vol chez l'enfant. Journ. de méd. de Paris Nr. 21, p. 385.
117. *Serafini*, *Renato*, La genesi del delitto dianzi alla psicologia moderna. Rivista di psicol. Ann. 17, fasc. 1, p. 56.
118. *Smith*, *Hamblin*, Medical aspect of delinquency. British med. journal Nr. 3181.
119. *Spaulding*, *Edith R.*, Emotional episodes among psychopathic delinquent women. Journ. of nerv. and mental dis. Vol. 54, Nr. 4.
120. *Stanojević*, *L.* (Zagreb), Forensisch-psychiatrische Erfahrungen aus dem Weltkriege an der Front. Serbisches Archiv f. d. ges. Med. Ann. 23, H. 7/8.
121. *Stearns*, *A. W.* and *Chapman*, *John V.*, The kind of men in state prison. Journal of abnormal psychol. Vol. 15, Nr. 5/6.
122. *Stier*, *Ewald* (Berlin), Simulation eines Überfalles mit nachfolgender Schreckneurose. Ärztliches Gutachten. Med. Klin. Nr. 40, S. 1208.
123. *Stier*, *Ewald* (Berlin), Begutachtung der Dienstbeschädigung und Rentenberechtigung von Nervösen. Ztschr. f. ärztl.-soziales Versorgungswesen Bd. 1, H. 2.
124. *Thom*, *D. A.*, Mental responsability and petty crime. Boston med. journal. Vol. 185, Nr. 14.
125. *Todde*, *Carlo* (Cagliari), Contributo allo studio della cleptomania. Riforma med. Ann. 37, Nr. 2, p. 32.
126. *Toepel*, *Hans* (Köln), Zur Psychologie der lesbischen Liebe. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 72. S. 237.
127. *Tron oni Alessandro,* Per la spedalizzazione dei criminail. Quaderni di spich. Vol. 8, fasc. 3/4.
128. *Vallon Ch.*, Une lacune de la loi sur les aliénés en ce qui concerne les aliénés dits criminels. Bull. de l'Acad. de méd. Vol. 86, Nr. 39.
129. *Vidoni*, *Giuseppe*, Un gruppo di delinquenti minorenni studiato col „metodo" Binet-Simon. Rivista di psicol. Ann. 17, Nr. 3, p. 181.
130. V*ogtländer*, *Else* und *Gregor*, *Adalbert* (Heidelberg), Geschlecht und Verwahrlosung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 66, S. 97.
131. *Wachsmuth* (Eichberg, Rheingau), Zur Definition der Gemeingefährlichkeit. Eine Anmerkung zum Referat Schultze-Kahl auf der Jahresversammlung Dresden 1921). Psych.-neurol. Wschr. Nr. 21/22.
132. *Weyert*, *M.* (Berlin), Umanerkennung von Nerven- und Geisteskrankheiten. Ztschr. f. ärztl.-soziales Versorgungswesen Jg. 1, H. 7.

133. Wichtige gerichtliche Entscheidungen und Verfügungen auf dem Gebiete des Irrenwesens und Verwandtes. XVI. Folge. Psych.-neurol. Wschr.
134. *Wick* (Düsseldorf), Gutachtliche Schwierigkeiten: ein Fall von doppelseitiger Mydriasis und Accomodationslähmung. Ärztl. Sachv. Ztschr. S. 216. (S. 222*.)
135. *Wildmann*, *H. V.*, Mental examination of aliens and their bearing on the potential military strength of the nation. Military surgery. Vol. 29, Nr. 2.
136. *Williams*, *Tom A.*, Malingering and simulation of diseases in warefar. The American journal of insanity. Vol. 72, Nr. 4, p. 567.
137. *Wimmer*, *August* (Kopenhagen), De la cleptomanie au point de vue médico-légal. Annales méd.-psychol. Ann. 79, Nr. 3, p. 211.
138. *Wittig*, *K.*, Der Einfluß des Krieges und der Revolution auf die Kriminalität der Jugendlichen. Ztschr. f. Kinderforschg. Jg. 20, H. 1/2, 3/4, S. 8 u. 65.
139. *Zangger*, *H.* (Zürich), Der Nichtbetriebsunfall und seine allgemeinen Beziehungen zur Psychiatrie. Schweizer Archiv f. Neurol. u. Psych. Vol. 8, H. 1, S. 127.
140. *Zimmermann*, *Fr.* (Essen), Der Heilungszwang bei Unfallneurosen. Deutsche med. Wschr. Nr. 6. (S. 219*.)
141. *Zimmermann*, *Fr.* (Bingen-Essen), Bemerkungen über Unfallneurosen. Ztschr. f. Bahn- u. Bahnkassenärzte Nr. 7.
142. *Zimmermann*, *Fritz*, Amtsrichter in Bingen, Rechtswissenschaft und Medizin. Ärztl. Sachv. Ztg Nr. 19, S. 225. (S. 219*.)
143. *Zimmermann*, *Fritz*, Amtsrichter in Bingen, Die Einteilung der Unfallneurosen. Ärztl. Sachv. Ztg. Nr. 22, S. 262.

Zimmermann (140), Jurist, mahnt zum Hand in Hand gehen von Arzt und Juristen, damit Rechtswissenschaft und Medizin keinen Schaden leiden, da sie nahe aufeinander angewiesen sind. Man kann seinen Ausführungen nur zustimmen, doch machen wir Ärzte nur zu häufig die Erfahrung, daß wir in gar zu vielen Zweigen der Gesetzgebung und Verwaltung als etwas Sekundäres angesehen werden, auch wenn die Gesetze unser eigenstes Gebiet betreffen.

Die 16. Folge der wichtigen Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie ist von *Bresler* (19. 133) zusammengestellt. Sie enthält neben den Entscheidungen aus dem Gebiete des Zivil- und Strafrechts auch Entscheidungen auf Grund des Unterstützungswohnsitzgesetzes, des Bundesamtes für das Heimatwesen, der Militär-, Militärstraf- und Militärversorgungsgesetzgebung, des Betriebsrätegesetzes und zahlreicher Ministerialverordnungen und Erlasse aus der Nachkriegszeit. Daß auch das Krüppelfürsorgegesetz erwähnt ist, sei angeführt, als Beispiel dafür, was nicht alles mit der Psychiatrie in Zusammenhang gebracht wird.

Martin Reichardts (101) Einführung in die Unfall- und Invaliditätsbegutachtung ist in zweiter, neubearbeiteter Auflage erschienen, ein Zeichen, daß die Wege, die das Buch bei seiner ersten Auflage einschlagen wollte, die richtigen waren.

Im Vorwort zu der neuen Auflage betont *Reichardt* wiederum, daß sein Werk in erster Linie dem Studierenden als Einführung, dem praktischen Arzt als Hilfsmittel und Nachschlagebuch dienen soll. Ein genaues Sachregister erleichtert diesen Zweck, dem auch eine gewisse Breite der Darstellung dient, die für den Anfänger keineswegs überflüssig erscheint. Namentlich ist, und das wird auch unsererseits für durchaus richtig gehalten, dem Seelenleben des Kranken, aber auch dem des Arztes manches ausführliche Kapitel gewidmet. Man vergleiche z. B. was *R.* über ärztliches Wohlwollen bei der Begutachtung und die Begutachtung krankhafter Seelenzustände sagt. Alle diese Dinge spielen in der Begutachtung für die soziale Gesetzgebung eine große und nicht unwichtige Rolle. Ihre Kenntnis kann gewöhnlich nur durch langjährige Erfahlung erworben werden und es ist deshalb als ein besonderer Vorzug des *Reichardt*schen Buches anzusehen, wenn es dem Anfänger die Wichtigkeit der persönlichen und Geistesverhältnisse der zu begutachtenden Kranken klarlegt und ihm die Erkenntnis der Wichtigkeit der Mentalität unserer Volksgenossen aus dem Arbeiterstande klarmacht. Und so darf man es mit Genugtuung begrüßen, daß ein Psychiater, dem diese Zustände infolge seines Sonderfaches besonders geläufig sind, sich der Aufgabe unterzogen hat, die Unfall- und Invaliditätsbegutachtung sozusagen vom medizinisch-psychologischen Standpunkte aus zu schildern. Es erübrigt sich bei der Besprechung dieser zweiten Auflage auf Einzelheiten einzugehen. Es sei nur bemerkt, daß auch die Kriegs- und Kriegsrentenerfahrungen in ihr berücksichtigt sind, die in der ersten Auflage noch nicht vollständig verwertet werden konnten. Im übrigen wird sich das Buch selbst empfehlen, wie es sich bisher selbst empfohlen hat.

Die Bestrebungen, unser Strafrecht zu reformieren, sind über so und so viele Reformentwürfe nicht hinausgekommen. Jeder Entwurf zeitigte eine Flut von kritischen Schriften, wie jedermann klar wird, der den Literaturbericht in den letzten zwanzig Jahren verfolgt hat. Aber von einer wirklichen Reform des Strafrechts und endgültiger neuer Gesetzgebung auf dem Gebiete des Strafrechts sind wir heute wohl noch so weit ab wie vor 20 Jahren. Der Bausteine die zusammengetragen sind, sind ja auch so viele und die Zahl der Wünsche und Widerstände ist so groß daß es einer titanenhaften Kraft bedarf, wenn in diesen ungeheuren Wust Ordnung gebracht werden soll. *Liepmann* (75) hält auch den neuen Entwurf zur Reform des Strafrechts keineswegs für die endgültige brauchbare Lösung, ihm fehle der Geist, der ihn zu einem lebenskräftigen und wertvollem Werke machen würde und die Entschiedenheit. Diesen Geist will ihm *Liebmann* durch seine 150 Seiten starke Schrift einhauchen, in der er die Ausgestaltung des Strafensystems, der sichernden Maßnahmen usw. behandelt, Fragen, die über das rein juristische hinaus allgemeine Bedeutung haben und auch den kriminalpsychologisch arbeitenden Arzt und Psychiater interessieren.

Klieneberger (63) warnt den Studenten und angehenden Arzt davor, allzuleicht und allzuhäufig die Diagnose Simulation zu stellen. Es gibt drei Arten der Vortäuschung geistiger Störungen. 1. Die bewußte, gewollte Erzeugung geistiger Krankheitserscheinungen, z. B. durch Hungern, Nikotin, Coffein, künstlich erzeugte Schlaflosigkeit; 2. in der Angabe gefälschter, aber dafür um so ausführlicherer



Anamnese. Dies ist die einfachste Art, bei der ziemlich verbreiteten Kenntnis vom Wesen der Geisteskrankheiten gar nicht selten. Die dritte Gruppe ist die bewußte Vortäuschung geistiger Erkrankungen von seiten Hysterischer, Psychopathen usw. als erster Unterabteilung und dann von Geistesgesunden als zweiter Unterart. Zahlreiche Krankheitsgeschichten illustrieren die einzelnen Gruppen.

Bei Erörterung der Frage der Homosexualität stellt sich *Klieneberger* (62) auf den Standpunkt, daß auf sexualem Gebiet nichts unmöglich ist, und daß deshalb eine abnorme sexuale Handlung noch kein abnormes sexuelles Empfinden bezeugt, am allerwenigsten aber ohne weiteres als krankhaft anzusehen sei. Er hält genaue psychologische Analyse jedes Falles für wichtig um das Übel an der Quelle verstopfen zu können. Die Anschauungen *Magnus Hirschfelds* kann er nicht teilen, wie sie auch die überwiegende Mehrzahl der gerichtlichen Sachverständigen nicht teilt und — weil unbewiesen — auch nicht teilen kann.

Recht interessant sind die kurzen Mitteilungen die *Cimbal* (24) über die krankhaften Ursachen der Verwahrlosung macht.

Brennecke (16) führt 8 Krankengeschichten von sogenannten Führern der Revolution von 1918 an. Aus ihnen geht hervor, daß die zahlreichen Beobachtungen namentlicher süddeutscher Ärzte durchaus richtig sind, nämlich, daß bei den revolutionären Unruhen und Umsturzbewegungen ein erschreckend hoher Prozentsatz von geistig Minderwertigen und Geisteskranken die Führung gehabt hat. Ihnen lief die blinde Masse kritiklos nach, sie haben die blutigsten und sinnlosesten Ereignisse angestiftet. Nicht anders wie in Süddeutschland, wo bei 15 von 66 Führern geistige Minderwertigkeit festgestellt werden konnte, war es in Hamburg, auch hier übten auf die kritiklose und urteilsschwache, dafür aber um so suggestibelere Masse Schwachsinnige, Hysterische und Alkoholisten ihren unheilbringenden Einfluß aus, deren kurze Krankheitscharakteristik in der Arbeit wiedergegeben ist. Auch über die Tätigkeit der sogenannten Beschwerdekommissionen für die Anstalten, in denen alles andere, nur kein Sachverständiger vertreten ist, macht *Brennecke* treffende Bemerkungen.

Göring (33) bemängelt in seinen Einwendungen gegen den Entwurf zum Deutschen Strafgesetzbuch, daß die „krankhafte Störung der Geistestätigkeit" dem Ausdruck „Geisteskrankheit und Geistesschwäche" habe Platz machen müssen, und daß der „Wille" nicht ausgemerzt sei. Seiner Begründung kann man vom ärztlichen Standpunkte nur beipflichten. Bei den sichernden Maßnahmen sind die Gegengründe der Psychiater so gut wie gar nicht beachtet, das gilt namentlich bezüglich der Bestrafung und Verwahrung der vermindert Zurechnungsfähigen. Die gleichen Ausführungen macht er in einer zweiten Arbeit (34).

Donath (27) bringt einen Fall, bei dem — anamnestisch — schon im 4. Lebensjahr masochistische Gefühle festgestellt worden sein sollten. M. E. sind solche anamnestische Angaben mit Vorsicht zu verwerten, die Frage ob Psyche oder Geschlechtsdrüse das Primäre für die Entstehung des Geschlechtstriebes sind, wird am allerwenigsten durch sie entschieden.

W. Jacobi (50) warnt auf Grund von Beobachtungen der Jenaer Klinik vor Laienhypnosen. Schwere geistige Erkrankungen und dauernde Schädigungen



können die Folgen sein. Am besten wäre es, sie ganz zu verbieten. In Preußen ist die Verhütung solcher Vorführungen auf Grund der geltenden Bestimmungen möglich.

Die Aphasie ist eine Form der geistigen Erkrankungen, welche nicht allzuhäufig zur gerichtlichen Begutachtung kommt. Ihre Kenntnis ist aber wichtig, denn die Erforschung der Willensmeinung und des geistigen Besitzstandes Aphasischer kann unter Umständen von größter Wichtigkeit werden, die Technik der Untersnchung ist keineswegs leicht. Deshalb ist *P. Jacobis* (51) kleine Arbeit ein nützlicher Beitrag zu diesem Kapitel.

Der Inhalt der Mitteilung *Bondy*s (14) deckt sich in Hauptzügen mit dem der anderen Arbeit gleichen Verf., die bereits referiert wurde. — Autor betont hauptsächlich die biologische Betrachtungsweise des Problems.

Einen seltenen Fall von Mydriasis mit Akkomodationslähmungen bei einem luetisch infizierten Morfinisten teilt *Wick* (134) mit. Als Ursache der Okulomotoriuserscheinungen sah er Hysterie an, eine Diagnose, an die er aber selbst nicht ganz sicher glaubt.

Meggendorfer (82) bringt 11 Fälle von klinischen und genealogischen Untersuchungen über Moral insanity-moralische Minderwertigkeit, von denen 6 Affektepileptiker und 5 „Parathymiker" betreffen. In der Aszendenz und Deszendenz der Affektepileptiker fand sich kaum genuine Epilepsie, beide haben also wenig miteinander zu tun. Die Parathymiker scheinen den Schizophrenen nahezustehen, wenigstens findet sich bei ihnen ein Versagen der normalen Gemütsregungen, welches auf nahe Verwandtschaft hindeutet. *Meggendorfer* meint, daß man durch Eingehen auf die Erblichkeitsverhältnisse eine klare Einsicht bei der schwierigen klinischen Diagnosenstellung gewinnen könnte.

Es ist kein Zweifel, daß für viele von der psychiatrischen Praxis betraute Wesen der Tod besser ist, als das Leben, sowohl für die Wesen selbst wie für die Gesellschaft, die sie unterhalten muß. Aber moralische und rechtliche Bedenken lassen die Tötung solcher Wesen heute noch unmöglich erscheinen. *Klee* (60) bespricht diese Bedenken und befürwortet im übrigen warm die *Binding*schen und *Hoche*schen Gedanken über die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens.

Die für den ärztlichen Sachverständigen wissenswerten Bestimmungen des Jugendgerichtsgesetzentwurfs erläutert *Falkenberg* (29).

Hübner (45), der Verfasser des Lehrbuchs der forensischen Psychiatrie, hat ein kleines Werkchen über das Eherecht des Geisteskranken und Nervösen herausgegeben, das auf 87 Seiten eine knappe aber zusammenfassende Darstellung der eigentümlichen Erfahrungen bringt, die sich seit Einführung des BGB. im Hinblick auf das Eherecht der Geisteskranken und Geistesschwachen ergeben haben. Die Rechtsprechung der obersten Gerichte ist bei seiner Arbeit besonders berücksichtigt. Dadurch soll dem ärztlichsn Sachvertsändigen und dem Juristen die richtige Würdigung und die Bearbeitung vorkommender Einzelfälle erleichtert werden und weiter soll die Arbeit, durch Betonung gewisser Unstimmigkeiten zwischen Theorie und den Verhältnissen des praktischen Lebens, Material lierfern, welche als Grundlagen



für eine Neubearbsitung des bürgerlichen Eherechts dienen können. Es ist *Hübners* Bestreben, dahin zu wirken, daß Psychologie und Psychopathologie in enger Gemeinschaft mit der Rechtswissenschaft danach streben, für die Gesetzgebung der Zukunft naturwissenschaftliche Grundlagen mehr als bisher zur Geltung zu bringen. Außerdem soll die Arbeit die verständnisvolle Anwendung des geltenden Rechtes erleichtern. Verlöbnis, Eingehung der Ehe, Nichtigkeit der Ehe, Anfechtung der Ehe, eheliche Lebensgemeinschaft, unbedingte, relative und absolute Scheidungsgründe werden eingehend unter Anführung einschlägiger medizinischer Fälle und gerichtlicher Entscheidungen besprochen. Die 34 Fälle eigener Beobachtung, unter denen Dementia praecox und Paralyse die größten Gruppen bilden, werden vom medizinischen Standpunkte aus beleuchtet, auch die geistigen Grenzzustände und sexuellen Abnormitäten finden eingehende Berücksichtigung. Zum Schluß stellt *Hübner* 9 Thesen auf, welche daa geltende Recht der Ehescheidung Geisteskranker und Nervöser und die Wünsche des Arztes für etwaige spätere Abänderungen in Form von positiven Feststellungen bringen. Papier und Druck wird der Verlag in Zukunft eine gewisse bessernde Aufmerksamkeit zuwenden müssen.

Eine andere Arbeit *Hübners* (46) beschäftigt sich mit der Entmündigung wegen Geistesschwäche, Geisteskrankheit und Trunksucht. Er hält es auf Grund seiner Erfahrungen als Referent des Medizinalkollegiums der Rheinprovinz für notwendig, daß einmal besonders auf gewisse immer wiederkehrende psychiatrische Typen unter den zu Entmündigenden hingewiesen würde und andererseits gewisse Schwierigkeiten und Schwächen, die sich bei der praktischen Behandlung von Einzelfällen immer wiederholen, etwas näher beleuchtet werden müssen. Auch die Frage, ob unser Entmündigungsrecht so beschaffen ist, daß es dem Hilfsbedürftigen Schutz gewährt, und wiederum verhindert, daß abnorme Menschen mundtot gemacht werden, schien ihm der Prüfung wert. Auf alle diese Fragen gibt *Hübner* durch allgemeine Zusammenstellungen Antwort. Unser Entmündigungsrecht hält er für brauchbar.



Alphabetisches Inhaltsverzeichnis des Literaturberichtes.

(Die Zahlen mit einem Sternchen (*) bedeuten die Seiten des Literaturberichtes, die Zahlen ohne Stern die Nummern der angeführten Veröffentlichungen.)

1. Sachregister.











2. Autorenregister.











LEHRBUCH DER SPEZIELLEN PATHOLOGISCHEN ANATOMIE

FÜR STUDIERENDE UND ÄRZTE

Von

Professor Eduard Kaufmann

Direktor des Pathologischen Instituts in Göttingen

ZWEI BÄNDE

Siebente und achte völlig neubearbeitete und vermehrte Auflage
Mit zahlreichen Abbildungen und Tafeln. Groß-Oktav.

Erster Band

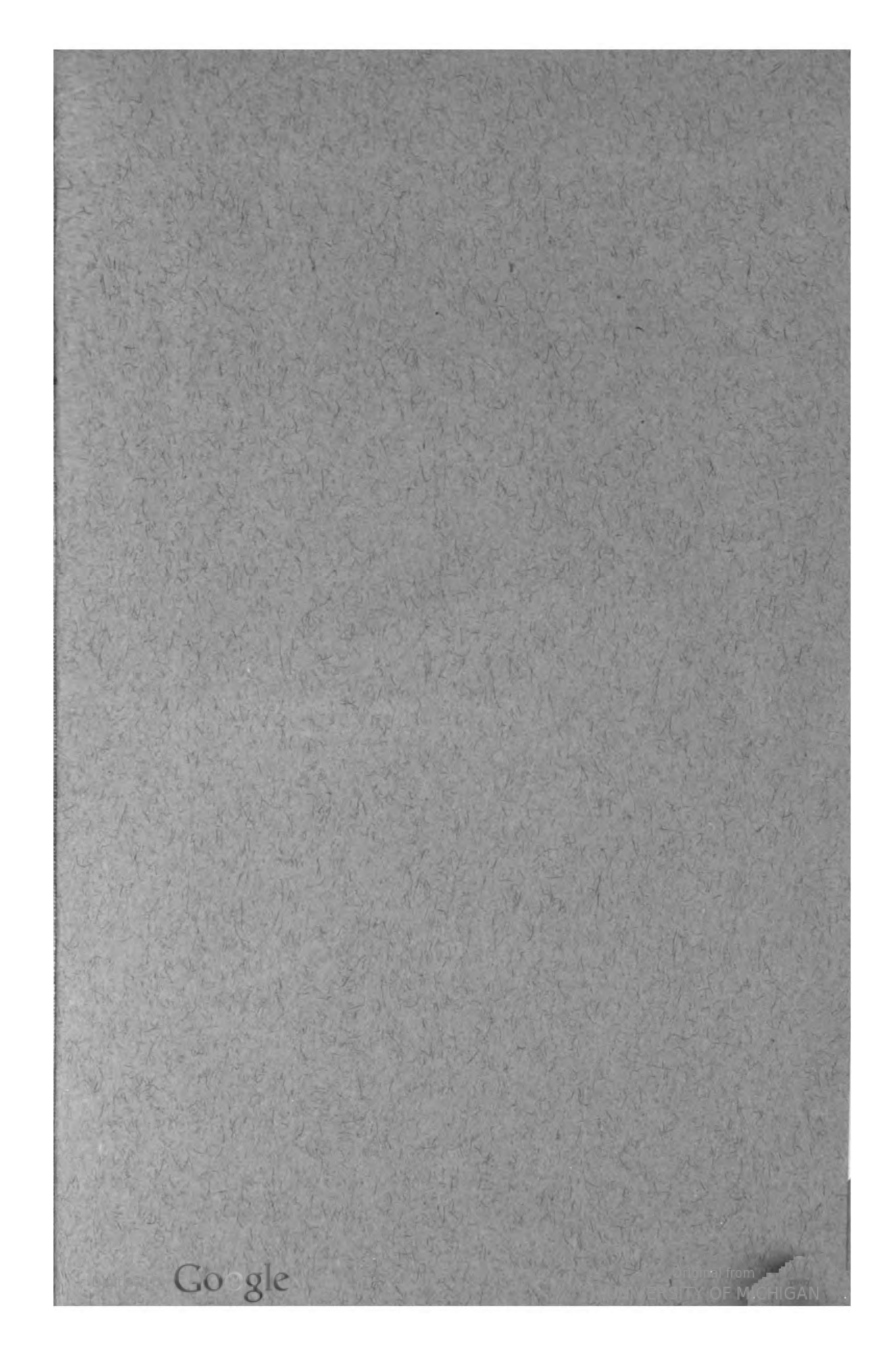
Mit 594 Abbildungen im Text und auf 3 farbigen Tafeln,
zu allermeist nach Originalzeichnungen des Verfassers
IV, 998 Seiten. 1922. Geh. Gold-M. 26.—, geb. Gold-M. 28.—

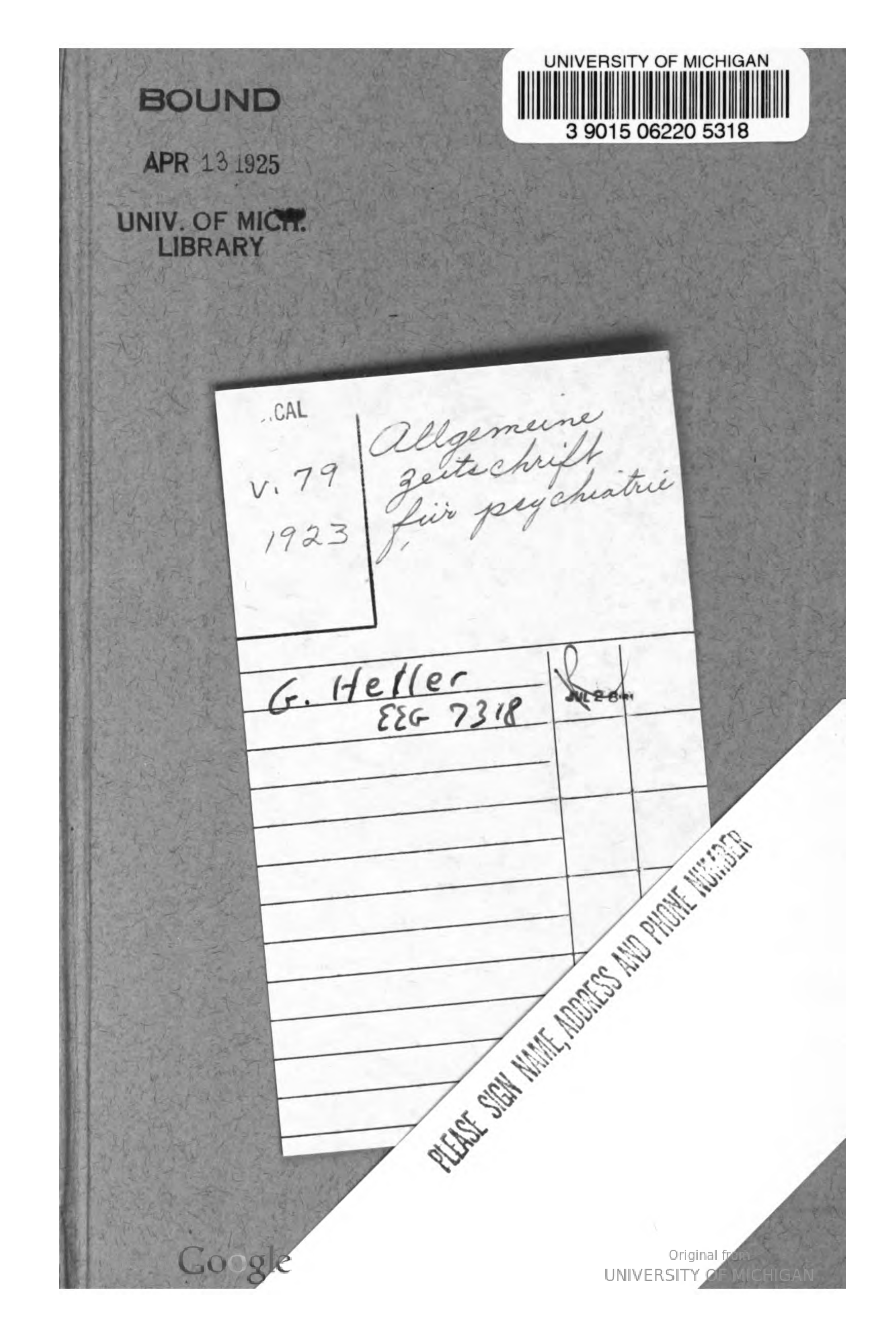
Zweiter Band

Mit 393 Abbildungen im Text und auf 4 farbigen Tafeln,
zu allermeist nach Originalzeichnungen des Verfassers
III, S. 999—1963. 1922. Geh. Gold-M. 26.—, geb. Gold-M. 28.—

Die sechste Auflage des Lehrbuches erfreute sich einer so guten Aufnahme im In- und Auslande, daß trotz ihrer ungewöhnlichen Höhe noch zweimal die Herstellung eines Neudruckes nötig wurde. Das war für den Verfasser ein Ansporn, auf dem betretenen Wege unbeirrt fortzuschreiten und die unausgesetzte Arbeit langer Jahre daranzusetzen, durch eine völlige Umarbeitung, die sich auf alle Kapitel ohne Ausnahme erstreckt, das Werk so neu zu gestalten, daß es ein möglichst vollständiges, auch durch manche Züge, welche ihm die Erfahrungen des Weltkrieges aufprägten, da und dort bereichertes, objektives Bild unseres derzeitigen Wissens auf dem Gebiete der speziellen pathologischen Anatomie widerspiegelt.

WALTER DE GRUYTER & CO.
vormals G. J. Göschen'sche Verlagshandlung — J. Guttentag, Verlagsbuchhandlung — Georg Reimer — Karl J. Trübner
Veit & Comp. — Berlin W. 10
und Leipzig




BOUND
APR 13 1925
UNIV. OF MICH.
LIBRARY
UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06220 5318
..CAL
V. 79
1923
Allgemeine zeitschrift für psychiatrie
G. Heller
EEG 7318
PLEASE SIGN NAME, ADDRESS AND PHONE NUMBER

